

**Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o stopniu  
niepełnosprawności**

Nr sprawy .....

Miejscowość .....

Data .....

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Numer i seria dowodu osobistego (paszportu) .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Nr telefonu .....

**Wypełnić tylko w przypadku, gdy osoba nie ukończyła 18 roku życia**

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego, prawnego .....

Data i miejsce urodzenia .....

Numer i seria dowodu osobistego (paszportu) .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

***Do Powiatowego Zespołu ds.  
Orzekania o Niepełnosprawności***  
34-400 Nowy Targ ul. Szaflarska 39

**Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów:**

- odpowiedniego zatrudnienia
- szkolenia
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze jakie? .....
- korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 Ustawy z 20.06.1997r. Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2005r. Nr 108, poz. 908) korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (karta parkingowa)
- korzystania ze świadczeń z pomocy społecznej
- zasiłek pielęgnacyjny
- uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów jakich?  
.....

**Uzasadnienie wniosku:**

1. sytuacja społeczna: stan cywilny ....., stan rodzinny .....  
zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

|   | samodzielnie | z pomocą |
|---|--------------|----------|
| - wykonywanie czynności samoobsługowych | x            | x        |
| - prowadzenie gospodarstwa domowego     | x            | x        |
| - poruszanie się w środowisku           | x            | x        |

2. sytuacja zawodowa: wykształcenie .....  
zawód wyuczony .....  
zawód wykonywany .....  
miejsce zatrudnienia .....

**Oświadczam, że:**

1. pobieram świadczenie\* (nie pobieram\*) z ubezpieczenia społecznego: jakie .....  
od kiedy .....
2. aktualnie nie toczy się\* (toczy się\*) w mojej sprawie postępowanie innym organem orzeczniczym, podać jakim .....
3. nie składałem\* (składałem\*) uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności, jeśli tak, to kiedy .....  
z jakim skutkiem. ....
4. mogę\* (nie mogę\*) samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego. Jeśli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby.
5. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
6. Zobowiązuję się do informowania Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Nowym Targu (zgodnie z art. 41 KPA) o zmianie adresu lub miejsca pobytu.

**OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.**

**Do wniosku należy dołączyć:**

- 1) zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności
- 2) kserokopię dokumentacji medycznej leczenia tj. karty informacyjne, kartoteki, wyniki badań, konsultacji itp.
- 3) kserokopię orzeczeń zespołu orzekającego, ZUS, KIZ, KRUS, MON, MSWiA, Wyroki Sądu

.....  
podpis osoby zainteresowanej lub  
jej przedstawiciela ustawowego

**Dotyczy wniosków składanych za pośrednictwem Instytucji Pomocy Społecznej**

Wyrażam zgodę na złożenie wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności przez.....

.....  
podpis pracownika socjalnego

.....  
podpis osoby zainteresowanej

**\*niepotrzebne skreślić**

## **Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia**

Wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Numer i seria dowodu osobistego (paszportu) .....

PESEL .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej
  
2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium.
  
3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące
  
4. Ocena wyników leczenia, rokowania ( trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy ), dalsze leczenie i rehabilitacja
  
5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych (w załączeniu)

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta? Tak/Nie

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (rok ).....

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (rok ).....

W/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

Tak/Nie\*

W/w Pan/i jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności. Tak/Nie\*

.....  
pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenia

**Ważność zaświadczenia- 30 dni od daty wypełnienia przez lekarza**

\*niepotrzebne skreślić