

Nr sprawy: PZOON.731.

.2020

Kraśnik, dnia .....

**WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**  
**(dla osób powyżej 16 roku życia)**

1. **O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** **TAK/NIE**  
*- dla osób, które pierwszy raz ubiegają się o uzyskanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności*
2. **O WYDANIE ORZECZENIA O PONOWNE USTALENIE STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** **TAK/NIE**  
*- dla osób niepełnosprawnych, posiadających orzeczenie o stopniu niepełnosprawności na czas określony*
3. **O WYDANIE ORZECZENIA O PONOWNE WYDANIE ORZECZENIA UWZGLĘDNIAJĄCEGO ZMIANĘ STANU ZDROWIA** **TAK/NIE**  
*- dla osób niepełnosprawnych, posiadających orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, które ubiegają się o orzeczenie z tytułu zmiany stanu zdrowia*

Imię (imiona) i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

PESEL ..... TELEFON.....

Nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości .....

Adres zameldowania na pobyt stały ..... ul. ....

Adres pobytu (korespondencyjny) .....

**Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego (w przypadku wniosków osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych)** ..... **Nie dotyczy**

Data i miejsce urodzenia ..... PESEL .....

Nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania .....

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Kraśniku**  
23-204 Kraśnik, ul. Grunwaldzka 6, Tel. 081 825-58-15, wew. 25, 39, fax. 081825-58-15 wew.25, 081 826-18-64

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

-odpowiedniego zatrudnienia,

-szkolenia,

-uczestnictwa w terapii zajęciowej,

-konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,

-korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (korzystania z ulg socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych),

-korzystania z karty parkingowej (art. 8 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. prawo o ruchu drogowym),

-korzystania ze świadczeń pomocy społecznej,

-uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,

-uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,

-zamieszkiwania w oddzielnym pokoju (art. 5 ust. 3 ustawy z dnia 21 czerwca 2001 r. o dodatkach mieszkaniowych),

-uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,

-korzystania z innych ulg (jakich?) .....

**Cel podstawowy** .....

(proszę wskazać jeden z wyżej wymienionych)

**Uzasadnienie wniosku:**

**1. Sytuacja społeczna**

Stan cywilny: ..... Stan rodziny: .....

(np.: panna, mężatka, kawaler, wdowa)

(ilość osób na wspólnym utrzymaniu)

### Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

Wykonywanie czynności samoobsługowych:	samodzielnie	z pomocą	opieka
Poruszanie się w środowisku:	samodzielnie	z pomocą	opieka
Prowadzenie gospodarstwa domowego:	samodzielnie	z pomocą	opieka
<b>2. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:</b>	niezbędne	wskazane	zbędne

### 3. Sytuacja zawodowa

Wykształcenie: ..... Zawód wyuczony: .....

Czy aktualnie wykonuje pracę zarobkową:                   **TAK**                   **NIE**

Zawód wykonywany .....

Oświadczam, że\*:

1. **Pobieram / Nie pobieram** świadczenia z ubezpieczenia społecznego.  
Jakie: ..... Od kiedy .....

2. Aktualnie **Toczy się / Nie toczy się** w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem.  
Podać jakim: .....

3. **Skladałem / Nie składałem** uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności.  
Jeżeli tak, to kiedy: ..... Z jakim skutkiem: .....  
Data wydania ostatniego orzeczenia: ..... Numer sprawy: .....

4. **Mogę / Nie mogę** samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego (jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo).

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.**

**Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy (a) odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajanie prawdy.**

W załączeniu do wniosku przedkładam (uwaga! – wymienione niżej dokumenty należy obowiązkowo złożyć razem z wnioskiem do Powiatowego Zespołu):

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza leczącego wypełnione czytelnie we wszystkich rubrykach **wydane w ciągu miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku**,
2. Kserokopię poprzedniego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności / o niepełnosprawności,
3. Posiadaną dokumentację medyczną,
4. Orzeczenie organu rentowego, jeżeli zostało wydane (ZUS, KRUS, MSWiA, MON),
5. Inne dokumenty, podać jakie: .....

### POUCZENIE:

1. Jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca i został wyznaczony termin jej uzupełnienia, a wnioskodawca tego nie dopełnił, musi liczyć się z tym, że brak tych dokumentów spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania - § 6 ust. 5 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r.
2. Niestawienie się osoby zainteresowanej na wyznaczonym posiedzeniu składu orzekającego powoduje pozostawienie sprawy bez rozpoznania, chyba, że niestawienie się zostało usprawiedliwione w ciągu 14 dni od wyznaczonego terminu posiedzenia - § 7 ust. 6 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. ze zm.
3. Jeżeli Pan(i) posiada ważne orzeczenie Zespołu i nie nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia – nowy wniosek o ponowne orzekanie należy złożyć nie wcześniej niż 30 dni przed utratą ważności posiadanego orzeczenia – jeżeli wniosek będzie złożony wcześniej, Zespół wyda decyzję po ukończeniu ważności posiadanego orzeczenia.
4. Jeżeli Pan(i) posiada orzeczenie organu rentowego: ZUS, KRUS, służb mundurowych, itp. należy je przedłożyć wraz ze składanym wnioskiem.

.....  
podpis osoby zainteresowanej lub w przypadku osoby niepełnoletniej  
podpis matki, ojca lub opiekuna prawne