Wniosek w sprawie ponownego wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, uwzględniającego zmianę stanu zdrowia

Wypełniają pracownicy PZON w Dąbrowie Górniczej	
Braki	sprawdzone z dowodem osobistym ☐ nr sprawy w archiwum PZON - ……../……../……..

Imię i nazwisko ……..……..……..

Data urodzenia …… miejsce urodzenia ……..……

Nr i seria dowodu osobistego ……..…..…… PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adres zameldowania ☐☐-☐☐☐ **Dąbrowa Górnicza, ul. ……..……..**

……..……..

Adres (korespondencyjny/pobytu) ☐☐- ☐☐☐ **…….……**

Tel.……..……

godziny przyjmowania interesantów:
poniedziałek, wtorek, środa 9 ^{00} – 13 ^{00}
czwartek 7 ^{00} – 15 ^{00}
piątek 9 ^{00} – 13 ^{00}

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Dąbrowie Górniczej
Al. Piłsudskiego 2
tel. 571 332 371
tel. 571 332 372

Zwracam się z prośbą oo wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów:
(proszę zaznaczyć właściwe cele wstawiając w odpowiednich kratkach X)

- ☐ 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 usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych),
- ☐ zasiłku stałego,
- ☐ zasiłku pielęgnacyjnego,
- ☐ korzystania z karty parkingowej,
- ☐ korzystania z prawa do zamieszkania w oddzielnym pokoju,
- ☐ innych (jakich?) ……..……

Uzasadnienie wniosku:

1. Sytuacja społeczna: stan cywilny ……. stan rodzinny (liczba osób zamieszkujących razem) …….

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:	samodzielnie	z pomocą
1) Wykonywania czynności samoobsługowych	☐	☐
2) Prowadzenie gospodarstwa domowego	☐	☐
3) Poruszania się samodzielnie	☐	☐

	niezbędne	wskazane	zbędne
2. Korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego	☐	☐	☐

3. Sytuacja zawodowa: wykształcenie …….zawód (wyuczony lub wykonywany)
……..
obecne zatrudnienie ☐ ……..……
brak zatrudnienia ☐ (miejsce pracy)

Oświadczam, że:

1. Pobieram świadczenie * (nie pobieram*) z ubezpieczenia społecznego:
 jakie ……..……...……
 od kiedy ……..……

2. Aktualnie nie toczy się * (toczy się *) w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym, podać jakim ……..……

3. Składałem uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:
 kiedy: ……
 z jakim skutkiem: ……
 (wpisać stopień i okres na który wydano orzeczenie)
 ……..

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 obłożnej i długotrwałej choroby.)

5. W razie stwierdzonej przez zespół konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane przez lekarza będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy wymogom ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

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

7. Zobowiązuję się powiadomić Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności o każdej zmianie mojego adresu do momentu zakończenia postępowania (podstawa prawna art. 41 § 1 KPA). Zobowiązuję się także niezwłocznie powiadomić Powiatowy Zespół o **KAŻDEJ** zmianie danych zamieszczonych we wniosku (m.in. nazwiska i numeru dowodu osobistego).

* - niepotrzebne skreślić

UWAGA!!!! Do wniosku należy koniecznie dołączyć:

1. **Zaświadczenie o stanie zdrowia wypełnione przez lekarza prowadzącego**- jest ono ważne przez 30 dni od daty wystawienia i w tym terminie należy dostarczyć je z wnioskiem.
2. **Kserokopie posiadanej dokumentacji medycznej** – oryginały do wglądu (aktualne wyniki badań, wypisy ze szpitala, opinie psychologiczne itp.) od daty ostatniego posiedzenia składu orzekającego , tj. ……
3. **Dowód osobisty do wglądu** (w przypadku osoby między 16 a 18 rokiem życia - legitymacja szkolna, paszport lub karta NFZ).
4. **Kserokopia posiadanego orzeczenia** o stopniu niepełnosprawności lub grupie inwalidzkiej, wydanego przez PZON, ZUS, KRUS lub inne.

……..……..……..
(Podpis osoby zainteresowanej lub przedstawiciele ustawowego)