

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

wypełniają pracownicy PZON w Dąbrowie Górniczej

Braki

wniosek kompletny braki sprawdzono z dowodem tożsamości

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. stacj.

Tel. kom.

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności
w Dąbrowie Górniczej,
Aleja Józefa Piłsudskiego 2
tel. 32 261 72 12
571-332-371**

Zwracam się z prośbą o wydanie mi orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów:*
(proszę zaznaczyć właściwe cele wstawiając w odpowiednich kratkach znak 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 zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
- innych (jakich?)

Uzasadnienie wniosku:

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

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

- 1) wykonywanie czynności samoobsługowych
- 2) prowadzenie gospodarstwa domowego
- 3) poruszanie się w środowisku

samodzielnie

z pomocą

niezbędne

wskazane

zbędne

2. Korzystanie 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
orzecznym, 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 orzekający konieczności wykonywania badań dodatkowych,
konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone
zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza nie 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 ZATAJENIA 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 zawiadomić 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 (aktualne wyniki badań, wypisy ze szpitala,
opinie psychologiczne itp.) od daty ostatniej komisji, tj. **ORYGINAŁY DO WGLĄDU**

3. Dowód osobisty do wglądu (w przypadku osoby między 16 a 18 rokiem życia - legitymacja
szkolna, paszport lub karta NFZ).

4. Kserokopię posiadanego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub grupie inwalidzkiej,
wydanego przez PZON, ZUS, KRUS lub inne.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności,
zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997r. (Dz. U. z 2014r., poz. 1182 z późn. zm.)

.....
Podpis osoby zainteresowanej lub przedstawiciela ustawowego