

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

Wypełniają pracownicy PZON w Dąbrowie Górniczej	
Braki	sprawdzone z dowodem osobistym <input type="checkbox"/>
nr sprawy w archiwum PZON -/...../.....	

Imię i nazwisko

Data urodzenia miejsce urodzenia

Nr i seria dowodu osobistegoPESEL

Adres zameldowania - Dąbrowa Górnicza, ul.

Adres (korespondencyjny/pobytu) -

Tel.....

godziny przyjmowania interesantów:

poniedziałek, wtorek, środa: 9⁰⁰ – 13⁰⁰

czwartek: 7⁰⁰ – 15⁰⁰

piątek: 9⁰⁰ – 13⁰⁰

**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 o 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: wykształceniezawód (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 inny organem orzecznictwem, 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 przedstawiciela ustawowego)