

Nr sprawy:

wypełnia PZds.OoN

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

pieczętka wpływu wniosku

**DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY** (osoby której ma dotyczyć orzeczenie)

imię i nazwisko .....

data i miejsce urodzenia .....

adres zameldowania .....

adres pobytu .....

wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania

nr i seria dowodu osobistego.....

PESEL ..... obywatelstwo.....

telefon .....

**DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO** (dotyczy osób od 16 do 18 roku życia lub  
sądownie ubezwłasnowolnionych)

imię i nazwisko .....

adres zameldowania .....

adres pobytu .....

wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania

nr i seria dowodu osobistego.....

PESEL ..... obywatelstwo.....

telefon .....

**CEL WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI \***

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 uprawnień na podstawie art. 8 ustawy - Prawo o ruchu drogowym	
korzystania ze świadczeń pomocy społecznej	
uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego	
uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego	
zamieszkania w oddzielnym pokoju	

uzyskanie przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze	
korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów	

**SYTUACJA SPOŁECZNA \***

stan cywilny	<input type="checkbox"/> wolny <input type="checkbox"/> kawaler/panna <input type="checkbox"/> żonaty/mężatka
	<input type="checkbox"/> wdowiec/wdowa <input type="checkbox"/> rozwiedziony/rozwiedziona
	<input type="checkbox"/> inne .....
sytuacja rodzinna	<input type="checkbox"/> samotny <input type="checkbox"/> posiada rodzinę <input type="checkbox"/> osoby bliskie
	.....

**ZDOLNOŚĆ DO SAMODZIELNEGO FUNKCJONOWANIA \***

	samodzielnie	z pomocą	opieka
wykonywanie czynności samoobsługowych			
prowadzenie gospodarstwa domowego			
poruszanie się w środowisku			

**KORZYSTANIE ZE SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO \***

<input type="checkbox"/> niezbędne	<input type="checkbox"/> wskazane	<input type="checkbox"/> zbędne
------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

**SYTUACJA ZAWODOWA \***

wykształcenie	<input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> wyższe  <input type="checkbox"/> podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego
zawód	
obecne zatrudnienie	

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

- pobieram świadczenie rentowe (zaznacz jakie)       nie pobieram świadczenia rentowego

renta szkoleniowa	
renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy	
renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy	
renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i do samodzielnej egzystencji	
renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy	
renta rolnicza szkoleniowa	
wojskowa renta inwalidzka	
policyjna renta inwalidzka	
renta inwalidzka z powodu inwalidztwa I grupa	

renta inwalidzka z powodu inwalidztwa II grupa	
renta inwalidzka z powodu inwalidztwa III grupa	

- ✓ aktualnie toczy się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznym, podać jakim .....
- ✓ składałem/am uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:  
kiedy ..... z jakim skutkiem .....
- ✓  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 lub nie rokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo,
- ✓ 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,
- ✓ dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy,
- ✓ zobowiązuję się powiadomić PZds.OoN w Siemiatyczach o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania. W razie zaniedbania tego obowiązku doręczenie pism pod dotychczasowy adres ma skutek prawny (zgodnie z art. 41 kpa),
- ✓ wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZds.OoN w Siemiatyczach zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych dla prowadzonych postępowań administracyjnych w celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

#### INFORMACJE DODATKOWE:

- ✓ składając wniosek należy okazać dokument potwierdzający tożsamość osoby zainteresowanej, wymieniony we wniosku,
- ✓ do wniosku należy załączyć kserokopie posiadanej dokumentacji medycznej tj. karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych, opinie psychologiczne, kartotekę poradni prowadzącej oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności,
- ✓ zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia ważne jest przez 30 dni od daty wystawienia,
- ✓ dokumentacja medyczna złożona do PZds.OoN w Siemiatyczach stanowiąca dowód w sprawie i załączona do akt nie podlega zwrotowi wnioskodawcy,
- ✓ PZds.OoN w Siemiatyczach nie wykonuje kserokopii dokumentacji medycznej,
- ✓ właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według miejsca stałego pobytu w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych,
- ✓ jeżeli wniosek składa opiekun prawny, to należy załączyć postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.

#### **godziny pracy Powiatowego Zespołu ds Orzekania o Niepełnosprawności w Siemiatyczach**

**poniedziałek 8.00 – 16.00**  
**wtorek-piątek 7.30 – 15.30**

\* **zaznaczyć w odpowiednim miejscu X**

.....  
**czytelny podpis** wnioskodawcy, przedstawiciela  
ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika

*pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej*

....., dnia .....

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

imię i nazwisko .....

data i miejsce urodzenia .....

adres zamieszkania .....

nr i seria dowodu osobistego .....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

.....  
.....  
.....  
.....

8. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

tak / nie \*

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

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

11. Czy pacjent wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji?

tak / nie \*

12. Czy pacjent jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności?      tak / nie \*

.....  
*pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie*

\* **niepotrzebne skreślić**