ADNOTACJE URZĘDOWE

Wniosek
o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień

Nr sprawy: /

Uwaga! ***Pola w rubrykach należy wypełnić czytelnie,*** *pismem drukowanym, dużymi literami*

DANE OSOBOWE OSOBY ZAINTERESOWANEJ:

NAZWISKO																		
IMIĘ 1																		
IMIĘ 2																		
PESEL																		
PŁEĆ	M	/	K	*Odpowiednio zaznaczyć*														
DATA URODZENIA									Wpisać cyframi: dzień/miesiąc/rok									
MIEJSCE URODZENIA																		
OBYWATELSTWO																		
SERIA I NR DOK.TOŻSAMOŚCI																		
RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI	***1. dowód osobisty*** ***2. paszport***																	

ADRES ZAMELDOWANIA OSOBY ZAINTERESOWANEJ:

MIEJSCOWOŚĆ																		
ULICA, NR DOMU, LOKALU																		
KOD POCZTOWY			-															
POCZTA																		

ADRES POBYTU OSOBY ZAINTERESOWANEJ *(wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania) UWAGA! TEN ADRES JEST TAKŻE ADRESEM DO DORĘCZEŃ KORESPONDENCJI*

MIEJSCOWOŚĆ																		
ULICA, NR DOMU, LOKALU																		
KOD POCZTOWY			-															
POCZTA																		
TELEFON KONTAKTOWY																		

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO *(w przypadku wniosków osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych)*

NAZWISKO																		
IMIĘ 1																		
IMIĘ 2																		
PESEL																		
PŁEĆ	M	/	K	*Odpowiednio zaznaczyć*														
DATA URODZENIA									Wpisać cyframi: dzień/miesiąc/rok									
MIEJSCE URODZENIA																		
OBYWATELSTWO																		
SERIA I NR DOK.TOŻSAMOŚCI																		
RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI	***1. dowód osobisty*** ***2. paszport***																	

ADRES ZAMELDOWANIA/POBYTU PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO / *(w przypadku wniosków osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych)*

MIEJSCOWOŚĆ															
ULICA, NR DOMU, LOKALU															
KOD POCZTOWY			-												
POCZTA															
TELEFON KONTAKTOWY															

OSOBA POSIADA WAŻNE ORZECZENIE O:

X Zaznaczyć

	Orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy oraz orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzyst.
	Orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy
	Orzeczenie o częściowej niezdolności do pracy
	Orzeczenie o celowości przekwalifikowania zawodowego
	Orzeczenie o zaliczeniu do I grupy inwalidzkiej
	Orzeczenie o zaliczeniu do II grupy inwalidzkiej
	Orzeczenie o zaliczeniu do III grupy inwalidzkiej
	Orzeczenie o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym

WYDANE PRZEZ:

X Zaznaczyć

	Lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
	Komisję lekarską Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
	Komisję do Spraw Inwalidztwa i Zatrudnienia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
	Lekarza rzeczoznawcę Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
	Komisję lekarską wojskową
	Komisję podległą MSWiA

WYDANE W DNIU:									Wpisać cyframi: dzień/miesiąc/rok
WYDANE NA STAŁE:		*Zaznaczyć X jeżeli tak*							
WYDANE NA OKRES:									Wpisać cyframi: dzień/miesiąc/rok

UZYSKANIE ORZECZENIA NIEZBĘDNE JEST W CELU:

X Zaznaczyć

	Odpowiedniego zatrudnienia
	Szkolenia
	Uczestnictwa w terapii zajęciowej
	Konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
	Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
	Korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. z 20.06.1977 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz.U. Z 2005 R., Nr 108, poz. 908) *Karta parkingowa*
	Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
	Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
	Uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
	Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
	Uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
	Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów

Inne-wymienić jakich: np. korzystanie z rehabilitacji

DANE DOTYCZACE SYTUACJI SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ:

Zaznaczyć X

STAN CYWILNY:	*kawaler / panna*	
	żonaty / zamężna	
	separowany / separowana	
	wdowiec / wdowa	
	rozwiedziony / rozwiedziona	
WYKONYWANIE CZYNNOŚCI SAMOOBSŁUGOWYCH	*samodzielnie*	
	z pomocą	
	opieka	
PORUSZANIE SIĘ	*samodzielnie*	
	z pomocą	
	opieka	
PROWADZENIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO	*samodzielnie*	
	z pomocą	
	opieka	
WYKSZTAŁCENIE	*wyższe*	
	średnie	
	zasadnicze	
	podstawowe	
	podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego	
ZAWÓD WYUCZONY		
CZY AKTUALNIE WYKONUJE PRACĘ ?		
ZAWÓD WYKONYWANY		

OŚWIADCZENIA:

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I PRAWNYM ORAZ JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE LUB ZATAJENIE PRAWDY.

....., dnia **……** **……**

(podpis z imienia i nazwiska osoby zainteresowanej)

INFORMACJE DODATKOWE:

1. składając wniosek należy okazać dokument tożsamości osoby zainteresowanej, wymieniony we wniosku,
2. do wniosku dołącza się ***dokumentację medyczną*** i inne dokumenty medyczne mogące mieć wpływ na ustalenie wskazań do ulg i uprawnień *(przyjmujemy wyłącznie kserokopie tych dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem przez placówkę służby zdrowia lub należy okazać oryginały przy składaniu wniosku),*
3. jeżeli wniosek składa opiekun prawny, to należy załączyć ***postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego,***
4. ***obecność na posiedzeniu składu orzekającego jest obowiązkowa,***
5. ***od wydanego orzeczenia nie przysługuje odwołanie.***

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

.....
stempel zakładu opieki
zdrowotnej lub praktyki
lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
(wydane dla potrzeb powiatowego zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku)

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Nr i seria dowodu osobistego /leg. szkolnej/.....

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. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

.....

.....

.....

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i

rehabilitacja:.....

.....

.....

.....

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie :

….....

….....

….....

7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych (w załączeniu)

….....

….....

….....

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

….....

….....

….....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta ? TAK / NIE *

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (rok)

…..... ……

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

….....

W/w Pan(i) wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji spowodowanej schorzeniem TAK/NIE*

W/w Pan (i) jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu powiatowego zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności

NIE*

TAK z uwagi na:

….....

….....

….....
pieczątka i podpis lekarza
wydającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić