

.....
miejsowość i data

**Do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania
o Niepełnosprawności w Płocku**

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

Imię :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię(drugie)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwisko:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data i miejsce urodzenia :

Nr i seria dowodu osobistego / leg. szkolnej:

Adres stałego zameldowania :

ul. *miejsowość*.....

kod *gmina*.....

Adres do korespondencji :

ul. *miejsowość*.....

kod *poczta*.....

Nr telefonu

Dane przedstawiciela ustawowego : (wypełnić w przypadku gdy wnioskodawcą jest :
dziecko w wieku 16 -18 lat lub osoba ubezwłasnowolniona – należy potwierdzić ten fakt wyrokiem
sądu):

Imię i nazwisko

(wpisać drukowanymi literami)

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data i miejsce urodzenia :

Nr dowodu osobistego :

Adres do korespondencji :

ul. *miejsowość*.....

kod *poczta*.....

Nr telefonu.....

Cel wydania orzeczenia (właściwe podkreślić):

cel podstawowy:

- odpowiednie zatrudnienie,
- szkolenia,
- uczestnictwo w warsztatach terapii zajęciowej,
- konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,
- korzystanie z karty parkingowej,
- świadczenia z pomocy społecznej,
- zasiłek pielęgnacyjny,
- uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
- zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju,
- uzyskanie przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
- inne / jakie ? /

Sytuacja społeczna :

a/ stan cywilny.....

b/ zdolność do samodzielnego funkcjonowania :

- | | samodzielnie | z pomocą | opiekun |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - wykonywanie czynności samoobsługowych | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - poruszanie się w środowisku | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - prowadzenie gospodarstwa domowego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sytuacja zawodowa :

a/ wykształcenie

b/ zawód wyuczony.....

c/ obecne zatrudnienie :

d/ zawód aktualnie wykonywany

Oświadczenia : (* właściwe podkreślić)

1. Oświadczam, że **pobieram / nie pobieram** świadczenie rentowe na podstawie orzeczenia o (podać jakiego)

wydanego przez : ZUS/ KRUS/ MSWiA w

2. Oświadczam, że **posiadam/ nie posiadam** orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez:

Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w

data wydania

wynik komisji :

3. Oświadczam, że **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.**

4. Oświadczam, że 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.

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku w trybie określonym postanowieniami ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133 z 1997r., poz. 883)

.....
podpis osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego