

(nada je Zespół)

do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Gryficach

Wnoszę - zaznaczyć **X** tylko w jednej z kratek:

dla osób, które nie posiadają ustalonego stopnia niepełnosprawności

dla osób, które posiadają orzeczenie o stopniu niepełnosprawności z określoną datą ważności

dla osób posiadających orzeczenie, które ubiegają się o orzeczenie z tytułu zmiany stanu zdrowia

dla osób posiadających orzeczenie wydane do dnia 30.06.2014 r., które składają wniosek w celu ustalenia znacznie ograniczonej możliwości samodzielnego poruszania się, tj. spełnienia przesłanek określonych w art. 8 ust. 3a pkt 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. - Prawo o ruchu drogowym (j.t. Dz. U. z 2012 r., poz. 1137 z późn. zm.). W przypadku zaznaczenia pkt 4, do wniosku należy dołączyć stosowne oświadczenie

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

lub:

[illegible][illegible]

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania lub pobytu

II. CEL, dla którego niezbędne jest wydanie orzeczenia: - zaznaczyć **X** we właściwych kratkach:

- | | |
|--|--|
| ☐ 1.odpowiedniego zatrudnienia | ☐ 8.ubiegania się o zasiłek pielęgnacyjny |
| ☐ 2.szkolenia | ☐ 9.spelnienia przesłanek określonych w art. 8 ust. 3a pkt 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r.- Prawo o ruchu drogowym |
| ☐ 3.zatrudnienia w Zakładzie Aktywności Zawodowej | ☐ 10.prawo do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju |
| ☐ 4.uczestnictwa w Warsztatach Terapii Zająciowej | ☐ 11.inne..... |
| ☐ 5.konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne/ środki pomocnicze/ pomoce techn. | |
| ☐ 6.korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, | 12. CEL PODSTAWOWY: pkt |
| ☐ 7. ubiegania się o zasiłek stały | |

III. UZASADNIENIE WNIOSKU *:

1. Sytuacja społeczna: stan cywilny..... stan rodzinny.....
2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania
- | | samodzielnie | z pomocą | opieka |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ❖ wykonywanie czynności samoobsługowych | ☐ | ☐ | ☐ |
| ❖ prowadzenie gospodarstwa domowego | ☐ | ☐ | ☐ |
| ❖ poruszanie się w środowisku | ☐ | ☐ | ☐ |
3. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego
- | | niezbędne | wskazane | zbędne |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | ☐ | ☐ | ☐ |
4. Sytuacja zawodowa: wykształcenie.....zawód.....
obecne zatrudnienie.....

IV. OŚWIADCZAM, że: (*wypełnić lub zaznaczyć **X** we właściwych kratkach)

1. ☐ pobieram świadczenie. Jeżeli tak: wpisać jakie i jakiego organu
lub / ☐ nie pobieram świadczenia
2. ☐ składałem wcześniej wniosek o wydanie orzeczenia.
Jeżeli „TAK” to kiedy..... z jakim skutkiem.....lub
☐ nie składałem uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności
3. ☐ mogę lub ☐ nie mogę samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego
4. ☐ zostałem pouczone o treści art. 41 § 1 Kpa (Dz. U. z 2013 r. poz. 267 z późn. zm.), tj.: w toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swojego adresu, w tym adresu elektronicznego oraz jestem świadomy, że w razie zaniedbania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

V. Załączniki do wniosku:

Oświadczam, że:

- dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy: art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. 1997 r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm), tj. *kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3,*

- złożona dokumentacja w celu wydania orzeczenia jest autentyczna i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów: art. 270 § 1 wyżej przywołanej ustawy, tj. *kto, w celu użycia za autentyczny, podrabia lub przerabia dokument lub takiego dokumentu jako autentycznego używa, podlega karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.*

Data: **Podpis osoby lub jej przedstawiciela ustawowego**

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Nazwisko i imię

[illegible][illegible][illegible][illegible]

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1. Rozpoznanie chorób współistniejących zostało potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych: (wpisać jakimi)

.....
.....

III. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

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

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

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

V. Wykaz wykonanych badań dodatkowych / konsultacji:

.....
.....

VI. OCENA MOŻLIWOŚCI STAWIENIA SIĘ NA POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJĄCEGO*

1. CHOROBA UNIEMOŻLIWIA OSOBISTE STAWIENNICTWO: TAK ☐ NIE ☐

W przypadku zaznaczenia w punkcie VI.1 „TAK”, lekarz wystawiający zaświadczenie stwierdza, czy choroba, która uniemożliwia osobiste stawiennictwo:

2. MA CHARAKTER DŁUGOTRWAŁY ORAZ NIE ROKUJE POPRAWY TAK ☐ NIE ☐

3. Brak możliwości osobistego stawiennictwa, lekarz stwierdził na podstawie (w załączeniu):

- HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY W CZĘŚCI DOTYCZĄCEJ WIZYT DOMOWYCH: TAK ☐ NIE ☐

- INNE DOKUMENTY (wpisać jakie)

.....

VII. Lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokument. medycznej pacjenta: TAK ☐ NIE ☐

VIII. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? (data)

IX. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (data).....

*zaznaczyć X w odpowiedniej kratce

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego
zaświadczenie