

# WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Numer sprawy ON.8421.....  
(wypełnia PZOON)

Leszno, dn.....

## DANE OSOBOWE OSOBY ZAINTERESOWANEJ

NAZWISKO..... IMIĘ.....  
Imię drugie.....  
Data i miejsce urodzenia.....  
PESEL.....  
Rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości.....  
Numer legitymacji szkolnej (w przypadku osób w wieku do 18 roku życia).....  
Adres zameldowania na pobyt stały.....  
Adres pobytu (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania).....  
.....  
Adres korespondencyjny.....  
Telefon.....

## DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (w przypadku wniosków osób w wieku do 18 r. życia lub ubezwłasnowolnionych)

Nazwisko..... Imię pierwsze.....  
Imię drugie.....  
Data i miejsce urodzenia.....  
PESEL.....  
Rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości.....  
Adres zameldowania na pobyt stały.....  
Adres pobytu (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania).....  
Telefon.....

**Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności**  
**ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 11 64-100 Leszno**

Proszę o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w celu:\*

- 1) Odpowiedniego zatrudnienia
- 2) Szkolenia
- 3) Uczestnictwa w terapii zajęciowej (WTZ)
- 4) Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- 5) Korzystanie z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
- 6) Korzystania z karty parkingowej
- 7) Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
- 8) Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- 9) Uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- 10) Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- 11) Uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- 12) Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
- 13) Innych (wymienić jakich).....

**Celem podstawowym jest** (wybrać z pkt. 1-13).....

### **1. Sytuacja społeczna:**

- a) Stan cywilny:\* kawaler, panna; żonaty, mężatka; rozwiedziony, rozwiedziona, separowany, separowana; wdowa, wdowiec
- b) Stan rodziny.....osób

### **2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:**

- a) wykonywanie czynności samoobsługowych samodzielnie / z pomocą / opieka\*
- b) poruszanie się w środowisku samodzielnie / z pomocą / opieka\*
- c) prowadzenie gospodarstwa domowego samodzielnie / z pomocą / opieka\*

3. *Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego* – jakiego?.....

4. *Sytuacja zawodowa:*

- a) wykształcenie.....
- b) zawód wyuczony.....
- c) obecne miejsce zatrudnienia.....
- d) zawód wykonywany.....

**Oświadczam, że:**

- 1. Aktualnie pobieram (nie pobieram) świadczenie rentowe: TAK/NIE\*
- 2. Świadczenie rentowe wypłaca: ZUS, KiZ, KRUS, MON, MSWiA \*
- 3. Nazwa pobieranego świadczenia rentowego.....
- 4. Posiadam (posiadałem/am\*) orzeczenie o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności **TAK/NIE\***
- 5. Posiadam (posiadałem/am\*) orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu:\*  
**LEKKI UMIARKOWANY ZNACZNY**
- 6. Ostatnie orzeczenie było wydane (dzień, miesiąc, rok).....
- 7. Orzeczenie jest (było\*) ważne do (dzień, miesiąc, rok).....
- 8. Mogę (nie mogę\*) samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego.(**jeżeli nie, to należy dodatkowo załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby**).
- 9. W razie stwierdzenia 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 kosztów we własnym zakresie.

**Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadoma/y odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

W załączeniu przedkładam:

- 1. zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego (ważne 30 dni od daty wydania)
- 2. **oryginały lub kserokopie dokumentacji medycznej potwierdzone za zgodnością z oryginałem z placówki medycznej, która dokumenty wydała, tj. karty informacyjne ze szpitala, kartoteki z poradni, badania specjalistyczne, konsultacje, wnioski opisowe badań RTG, EKG, EEG, TK, MR, USG i inne dokumenty medyczne**
- 3. kserokopie orzeczenia Lekarza Orzecznika ZUS o niezdolności do pracy, orzeczenie o posiadanej grupie inwalidzkiej lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (oryginały do wglądu)
- 4. kserokopie świadectwa ukończenia szkoły, kursów, szkoleń (tylko wtedy, gdy celem składania wniosku jest odpowiednie zatrudnienie)

.....  
czytelny podpis osoby zainteresowanej  
lub przedstawiciela ustawowego

\* właściwe podkreślić