*Należy wypełniać pismem drukowanym*

 Janów Lubelski dnia.. ..................2020

Nr sprawy: PZON.8321.........................2020

(nadaje Zespół)

WNIOSEK (dla osób powyżej 16 roku życia)

1. O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI TAK / NIE

– dla osób, które pierwszy raz ubiegają się o uzyskanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

2. O WYDANIE ORZECZENIA O PONOWNE USTALENIE STOPNIA

 NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI TAK / NIE

– dla osób niepełnosprawnych, posiadających orzeczenie o stopniu niepełnosprawności na czas określony

3. O WYDANIE ORZECZENIA O PONOWNE WYDANIE ORZECZENIA

 UWZGLĘDNIAJĄCEGO ZMIANĘ STANU ZDROWIA TAK / NIE

* dla osób niepełnosprawnych, posiadających orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, które ubiegają się o orzeczenie z tytułu zmiany stanu zdrowia

Imię i nazwisko ......................................................................................................................................

Data i miejsce urodzenia ........................................................................................................................

PESEL ….............................................................................. Telefon ....................................................

Nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości ........................................................................................

Adres zameldowania na pobyt stały:…............................. …..................kod poczt. …..........…..............

Adres pobytu (korespondencyjny): .........................................................................................................

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego (w przypadku wniosków osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych\*\*)........................................................................................... Nie dotyczy\*

Data i miejsce urodzenia ............................................................... PESEL ...........................................

Nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości ........................................................................................

Adres zamieszkania: ..............................................................................................................................

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania

 o Niepełnosprawności w Janowie Lubelskim

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów\*:

 □ 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

 usług socjalnych,opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych),

 □ korzystania z karty parkingowej na podst. art. 8 ust.. 3a pkt 1 ustawy z dnia 20.06.1997 r. - Prawo

 o ruchu drogowym,

 □ 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 (jakich?) ....................................................................................................

Cel podstawowy: ....................................................................................................................................

(proszę wpisać jeden z wyżej wymienionych)

Uzasadnienie wniosku:

1. Sytuacja społeczna

Stan cywilny: …......................................... .. Stan rodzinny: …............................

(np. panna,kawaler, zamężna, żonaty,wdowa, wdowiec) (ilość osób na wspólnym utrzymaniu)

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania\*

Wykonywanie czynności samoobsługowych: □ samodzielnie □ z pomocą □ z opieką

Prowadzenie gospodarstwa domowego: □ samodzielnie □ z pomocą □ z opieką

Poruszanie się w środowisku: □ samodzielnie □ z pomocą □ z opieką

2. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego\*

 □ niezbędne □ wskazane □ zbędne

3. Sytuacja zawodowa

Wykształcenie: .......................................................................................................

Zawód wyuczony: ..................................................................................................

Czy aktualnie wykonuje pracę zarobkową\* □ tak / □ nie

Zawód wykonywany\*\* ..............................................................................................................................

Oświadczam, że\*:

1. □ Pobieram / □ Nie pobieram świadczenia z ubezpieczenia społecznego.

Jakie: .........................................................................................................................................................

Od kiedy: ...................................................................................................................................................

2. Aktualnie □ toczy się / □ nie toczy się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym.

Podać jakim: .............................................................................................................................................

3. □ Składałem / □ Nie składałem uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności.

Jeżeli tak, to kiedy: ...................................................................................................................................

Z jakim skutkiem: ......................................................................................................................................

Data wydania ostatniego orzeczenia: ................................. Numer sprawy: …........................................

4. □ 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 i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo).

5. 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.

W załączeniu do wniosku przedkładam (uwaga! – wymienione niżej dokumenty należy obowiązkowo złożyć razem z wnioskiem do Powiatowego Zespołu):

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza leczącego wypełnione czytelnie we wszystkich rubrykach wydane w ciągu miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku,

2. Posiadaną dokumentację medyczną,

3. Orzeczenie organu rentowego, jeżeli zostało wydane (ZUS, KRUS, MSWiA, MON),

4. Inne dokumenty, podać jakie: ..............................................................................................................

POUCZENIE:

1. Jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczającą i został wyznaczony termin jej uzupełnienia, a wnioskodawca tego nie dopełnił, musi się liczyć z tym, że brak tych dokumentów spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania - § 6 ust. 5 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r.

2. Niestawienie się osoby zainteresowanej na wyznaczonym posiedzeniu składu orzekającego powoduje pozostawienie sprawy bez rozpoznania chyba, że niestawienie się zostało usprawiedliwione w ciągu 14 dni od wyznaczonego terminu posiedzenia - § 7 ust. 6 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r.

3. Jeżeli Pan(i) posiada ważne orzeczenie Zespołu i nie nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia – nowy wniosek o ponowne orzekanie należy złożyć nie wcześniej niż 30 dni przed utratą ważności posiadanego orzeczenia – jeżeli wniosek będzie złożony wcześniej, Zespół wyda decyzję po ukończeniu ważności posiadanego orzeczenia.

4. Jeżeli Pan(i) posiada orzeczenie organu rentowego: ZUS, KRUS, służb mundurowych, itp. należy je przedłożyć wraz ze składanym wnioskiem.

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

 czytelny podpis osoby zainteresowanej lub w przypadku osoby niepełnoletniej

podpis matki, ojca lub opiekuna prawnego

\* właściwe zaznaczyć symbolem „X” w kratce □

\*\* wypełniają tę rubrykę tylko osoby, których to dotyczy

\*\*\* wniosek należy wypełnić pismem drukowanym.