

POWIATOWY ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA O STOPNIU
NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W MALBORKU

Nr sprawy.....

Miejscowość i data.....

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

**Do:
Powiatowego Zespołu ds Orzekania
o Stopniu Niepełnosprawności
ul. Armii Krajowej 70
82 – 200 Malbork**

Dane dotyczące wnioskodawcy:

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....Miejsce urodzenia.....

Pesel.....Obywatelstwo.....

Dokument tożsamości i jego numer (paszport, D.O. Lub inny wpisać jaki).....

Adres zamieszkaniaKod pocztowy.....

Nr telefonu.....

Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego wnioskodawcy – wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca jest osobą pomiędzy 16 a 18 rokiem życia lub ubezwłasnowolniona:

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....Miejsce urodzenia.....

Pesel.....Obywatelstwo.....

Dokument tożsamości i jego numer (paszport, D.O. Lub inny wpisać jaki).....

Adres zamieszkaniaKod pocztowy.....

Nr telefonu.....

Cel złożenia wniosku:

- odpowiedniego zatrudnienia
- szkolenia
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej
- konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze
- korzystanie z usprawnień na podstawie art. 8 prawa o ruchu drogowym

- korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej
- uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego
- uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- uzyskanie przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
- inne (podać jakie).....

Stan cywilny

- kawaler/panna
- żonaty/zamężna
- wdowiec/wdowa
- rozwiedziony/rozwiedziona
- separacja

Wykonywanie czynności samoobsługowych:

- samodzielnie
- z pomocą
- opieka

Poruszanie się:

- samodzielnie
- z pomocą
- opieka

Prowadzenie gospodarstwa domowego:

- samodzielnie
- z pomocą
- opieka

Wykształcenie:.....

Zawód wyuczony:.....

Czy aktualnie wykonuje prace zarobkowe: tak/nie*

Wykonywany zawód:.....

Czy pobiera świadczenia rentowe: tak/nie*

Nazwa pobieranego świadczenia rentowego:.....

Czy był/jest zaliczona do stopnia niepełnosprawności lub niepełnosprawności: tak/nie* -

jeśli tak to proszę dołączyć kserokopię posiadanego orzeczenia.

.....
data i podpis wnioskodawcy lub opiekuna

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Nr i seria dowodu osobistego

Nr 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. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

.....

.....

4. Zaawansowane leczenie rehabilitacyjne – rodzaje, czas trwania, pobyt w szpitalu:.....

.....

.....

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

.....

.....

6. Używane zapotrzebowanie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualnie potrzeby w tym zakresie

.....

.....

7. Wykaz wykonywanych 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 pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?(data)

.....

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

W/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji. **Tak/Nie***

W/w Pan/i jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności. Tak / Nie*

.....
(pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)

* niepotrzebne skreślić