

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

Nr sprawy Środa Śl.

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Nr PESEL

Nr i seria dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

Numer telefonu

***Dane przedstawiciela ustawowego osoby w wieku do 18 roku życia lub osoby
ubezważnionionej:***

Imię Nazwisko

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Nr i seria dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

Miejsce zamieszkania

Do Powiatowego Zespołu do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności
w Środzie Śl.

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

- szkolenia,
- odpowiedniego zatrudnienia,
- korzystania z rehabilitacji,
- korzystania z systemu pomocy społecznej,
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,
- inne (jakie ?)

Uzasadnienie wniosku:

1. sytuacja społeczna :

stan cywilny

stan rodzinny

zdolność do samodzielnego funkcjonowania :

	samodzielnie	z pomocą
1/ wykonywanie czynności samoobsługowych	x	x
2/ prowadzenie gospodarstwa domowego	x	x
3/ poruszanie się w środowisku	x	x

2. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego	niezbędne	wskazane	zbędne
	x	x	x

3. sytuacja zawodowa :

wykształcenie

zawód
obecne zatrudnienie

1. informacja o posiadaniu prawa jazdy lub pozwolenia na kierowanie tramwajem.....

Oświadczanie, że:

1. pobieram świadczenie (nie pobieram)* z ubezpieczenia społecznego:
jakie?
od kiedy
2. aktualnie toczy się (nie toczy się)* w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznym, podać jakim
3. składałem (nie składałem) uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:
jeżeli tak, to kiedy, jakim skutkiem
4. mogę (nie mogę)* samodzielnie przybyć na posiedzenie sądu orzekającego. (Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenia lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby).
5. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, 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 zatajenia prawdy.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Z 1997 Nr 133 poz. 883 ze zm.) w zbiorze danych osobowych prowadzonych przez Zespół.

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

- niepotrzebne skreślić

Do wniosku należy dołączyć:

1. dokumentację medyczną np.: karty informacyjne leczenia szpitalnego, opinie lekarzy specjalistów, wyniki testów i badań specjalistycznych, opisy badań RTG, USG,
2. inne dokumenty potwierdzające niepełnosprawność np. kopie orzeczeń ZUS, KRUS, powiatowych lub wojewódzkich zespołów orzekających,

Prosimy o rzetelne wypełnienie załącznika !

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania lub pobytu

PESEL nr i seria dowodu tożsamości

Podstawowe problemy zdrowotne :

.....

.....

Stan cywilny, liczba i wiek dzieci

.....

Wydolność opiekuńcza rodziny, osób bliskich (z kim mieszka, kto się opiekuje)

.....

.....

Sytuacja mieszkaniowa (właściwe podkreślić)

- dom jednorodzinny, dom wielorodzinny
- parter / piętro
- ogrzewanie : piecem, centralne ogrzewanie
- łazienka, wc (w mieszkaniu, na korytarzu, na zewnątrz budynku, brak)
- warunki **utrudniające** samodzielne funkcjonowanie w obrębie budynku mieszkalnego i mieszkania

.....

.....

- udogodnienia **ułatwiające** funkcjonowanie w obrębie budynku mieszkalnego i mieszkania

.....

- **dostosowanie** mieszkania do potrzeb wynikających z naruszonej sprawności organizmu ...

.....

- liczba osób wspólnie zamieszkałych

- posiadanie oddzielnego pokoju (tak / nie)

Źródła utrzymania rodziny (właściwe podkreślić) emerytura, renta, praca, praca dorywcza, pomoc rodziny, pomoc instytucji

Proszę zaznaczyć odpowiednim symbolem stopień samodzielności przy niżej wymienionych czynności w zakresie samoobsługi (**S** – wykonywanie czynności w pełni samodzielnie, **P** – konieczna pomoc częściowa lub okresowa ze strony innych osób, **U** – pełne uzależnienie od innych osób – konieczność całkowitej opieki):

- mycie przy umywalce lub miednicy
- kąpiel w wannie (wejście i wyjście z wanny).....
- branie prysznic
- mycie włosów
- czesanie się
- toaleta jamy ustnej

- obcinanie paznokci
- golenie się
- dojście do toalety i powrót
- kontrola/brak kontroli nad czynnościami wydalniczymi
- przygotowanie ubrań (np. wyjęcie z szafy, ułożenie) z uwzględnieniem warunków pogodowych
- nałożenie ubrania
- zapinanie guzików
- zakładanie i sznurowanie butów
- zdjęcie ubrania
- sięganie po jedzenie
- wkładanie pokarmu do ust
- posługiwanie się sztućcami
- przygotowanie posiłków
- przyjmowanie leków
- wstawanie z łóżka i powrót do niego
- siadanie
- chodzenie w obrębie mieszkania
- chodzenie po schodach
- opuszczanie mieszkania i powrót do niego
- korzystanie ze środków lokomocji
- przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania
- sprzątanie
- robienie gruntowych porządków (mycie okien, zawieszanie zasłon, mycie podłóg)
.....
- ogrzewanie mieszkania
- pranie
- prasowanie
- gotowanie
- zmywanie
- zmienianie pościeli
- robienie zakupów
- planowanie budżetu domowego
- reperacja garderoby
- dbanie o własność osobistą i bezpieczeństwo domowe

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Miejscowość

Data.....

Zaświadczenia lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb

Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

(Uwaga! Zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia do dnia złożenia w Zespole)

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Numer PESEL

Nr i seria dowodu osobistego

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowanej choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

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

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

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

5 Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

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

6 Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzonych rozpoznanie stanowiących załącznik do niniejszego zaświadczenia

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

7 Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

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

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? (rok)

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenia ? (rok)

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 niepełnosprawności.

TAK / NIE*

U W/w Pan/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia od czasu poprzedniego badania przez zespół

TAK / NIE*

.....
pieczętka i podpis lekarza

- niepotrzebne skreślić