

Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Nr sprawy** : miejscowość i data

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Nr i seria dowodu osobistego PESEL/...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Adres zameldowania (stały, czasowy)

Adres pobytu (korespondencyjny)

.....telefon (obowiązkowo).....

Do Powiatowego / Miejskiego* Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w

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

- odpowiedniego zatrudnienia
- szkolenia,
- zatrudnienie w zakładzie aktywności zawodowej,
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki,
- świadczenie pielęgnacyjne,
- zasiłek pielęgnacyjny,
- korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie art. 8 ust. 1 -Prawa o ruchu drogowym ze względu na ograniczenia sprawności ruchowej
- uzyskania prawa do zamieszkania w oddzielnym pokoju (dotyczy osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich oraz osób, których niepełnosprawność wymaga zamieszkiwania w oddzielnym pokoju)
- korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów (jakich?)

Uzasadnienie wniosku:

1. sytuacja społeczna: stan cywilny, stan rodzinny
zdolność do samodzielnego funkcjonowania:
 - wykonywanie czynności samoobsługowych samodzielnie / z pomocą* (właściwe zakreślić)
 - prowadzenie gospodarstwa domowego samodzielnie / z pomocą* (właściwe zakreślić)
 - poruszanie się w środowisku samodzielnie / z pomocą* (właściwe zakreślić)
2. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego: niezbędne / wskazane / zbędne* (właściwe zakreślić)
(jakiego?)
3. sytuacja zawodowa: wykształcenie
zawód obecne zatrudnienie

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
miejsowość i data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
(Uwaga - zaświadczenie ważne miesiąc od dnia wystawienia)

orzeczenie pierwszorazowe / orzeczenie powtórne*

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Nr i seria dowodu osobistego / paszportu PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

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

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium

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

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

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

7. Wykaz dokonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

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

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data)

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta
TAK / NIE*

W/w Pan(i) wymaga / nie wymaga* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w Pan(i) jest trwale niezdolny(a) do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności TAK / NIE*

U w/w Pana(i) nastąpiło / nie nastąpiło* istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania dla celów orzeczniczych.

.....
stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

Adnotacja zakładu pracy chronionej

Zakład pracy chronionej przejmuje odpowiedzialność za uzupełnienie koniecznej do oceny stanu zdrowia orzekanego dokumentacji medycznej.

.....
pieczętka zakładu pracy chronionej

.....
stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie