

**Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności  
w związku ze zmianą stanu zdrowia**     *(dla osób powyżej 16-go roku życia)*

Miejscowość....., Data.....,

Nr sprawy.....

**Imię i Nazwisko** .....

Nr PESEL .....

Seria i numer dokumentu (dowód osobisty/paszport/legitymacja\*) .....

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

Adres zamieszkania .....

Adres do korespondencji .....

Nr telefonu .....

**\*\*Imię i Nazwisko przedstawiciela ustawowego** .....

**\*\*Nr PESEL przedstawiciela ustawowego** .....

**\*\*Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego** .....

(\*) w przypadku osób poniżej 18 roku życia należy wpisać nr legitymacji szkolnej

(\*\*) wypełniać **tylko** w przypadku osób ubezwłasnowolnionych lub niepełnoletnich

**Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania  
o Niepełnosprawności w Pruszczu Gdańskim**

**Proszę o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów \*\*\* :**

- Odpowiedniego zatrudnienia
- Zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej
- Szkolenia, w tym specjalistycznego
- Uczestnictwa w terapii zajęciowej
- Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne
- Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
- Konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji
- Konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji
- Spełniania przesłanek określonych w art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997r. Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2020r. poz. 110 tj.)
- Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- Inne (jakie?)

.....  
\*\*\* właściwe zaznaczyć

## Uzasadnienie wniosku :

1. Sytuacja społeczna : STAN CYWILNY ..... STAN RODZINY .....
2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania :

	Samodzielnie	Z pomocą	Opieka
a. Wykonywanie czynności samoobsługowych :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Poruszanie się w środowisku :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Prowadzenie gospodarstwa domowego :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sytuacja zawodowa : WYKSZTAŁCENIE .....ZAWÓD WYUCZONY .....
- OBECNE ZATRUDNIENIE / STANOWISKO .....
4. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego (jakiego) : .....

## Oświadczam, że :

1. POBIERANO / NIE POBIERANO\*\*\* świadczenia z ubezpieczenia społecznego :  
Jakie ..... Od kiedy .....
2. SKŁADANO / NIE SKŁADANO\*\*\* wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności :  
kiedy....., orzeczenie nr .....  
z jakim skutkiem .....
3. MOGĘ / NIE MOGĘ\*\*\* samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego (jeżeli nie, to należy załączyć dodatkowe zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby).
4. 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 karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

**Do wniosku załączam zaświadczenie lekarskie i kserokopie posiadanej dokumentacji medycznej dotyczące stanu zdrowia.**

.....  
**Podpis osoby zainteresowanej** (w przypadku osoby niepełnoletniej podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

**Oświadczam**, że zgodnie z §19 pkt 3 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 oraz art. 36 KPA Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Pruszczu Gdańskim zawiadomił mnie, że złożony wniosek nie może być rozpatrzony w terminie ustawowym tj. w ciągu miesiąca gdyż rozpoznanie spraw ograniczone jest ilością posiedzeń składów orzekających w Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Pruszczu Gdańskim. W związku z powyższym wniosek mój zostanie rozpatrzony wg kolejności wpływu w terminie nie dłuższym niż 6 miesięcy od daty złożenia kompletnego wniosku do siedziby Zespołu. O konkretnym terminie komisji Zespół zobowiązał się poinformować mnie odrębnym pismem.

.....  
**Podpis osoby zainteresowanej**(w przypadku osoby niepełnoletniej podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

\*\*\* właściwe zaznaczyć