

**WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O :** proszę zakreślić tylko jeden punkt

- 1) **niepełnosprawności**- dotyczy tylko dzieci do 16-go roku życia
- 2) **stopniu niepełnosprawności** – dla osób powyżej 16-go roku życia

Nr sprawy- PR/PZON/8211/ WO / WZP .....

(WNIOSEK PROSZĘ WYPEŁNIĆ PISMEM DRUKOWANYM) Miejscowość , data .....

Nazwisko ..... Imiona .....

Data urodzenia \_\_/\_\_/ - \_\_/\_\_/ - \_\_/\_\_/ / \_\_/\_\_/ miejsce urodzenia .....

Numer i seria dowodu osobistego ( paszportu , legitymacji szkolnej ) .....

PESEL \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

Adres zameldowania: kod pocztowy \_\_/\_\_/ - \_\_/\_\_/ / poczta .....

miejscowość ..... ul. .... nr domu .....nr mieszkania .....

Adres do korespondencji ( pobytu) .....

Nr telefonu .....

**DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO, OPIEKUNA PRAWNEGO  
WYPEŁNIAĆ WYŁĄCZNIE DLA OSÓB W WIEKU do 18-go roku życia lub osób  
ubezważnionych**

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego .....

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ miejsce urodzenia .....

Nr dowodu osobistego przedstawiciela ustawowego .....

Adres zameldowania przedstawiciela ustawowego .....

Adres do korespondencji przedstawiciela ustawowego .....

Telefon kontaktowy .....

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania  
o Niepełnosprawności w Dzierżoniowie  
ul. Piastowska 1/100 tel. (074) 832 32 30  
58-200 Dzierżoniów

*Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia dla celów( właściwe podkreślić):*

1. odpowiedniego zatrudnienia
2. szkolenia
3. uczestnictwa w terapii zajęciowej
4. konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
5. korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych)
6. korzystania z karty parkingowej
7. korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej
8. uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego
9. uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
10. zamieszkania w oddzielnym pokoju
11. uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
12. Inne (korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów).....

*Sytuacja społeczna i zawodowa (właściwe podkreślić):*

a) sytuacja społeczna: stan cywilny ....., stan rodziny .....,

zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

- wykonywanie czynności samoobsługowych - samodzielnie ; z pomocą ; opieka
- poruszanie się w środowisku - samodzielnie ; z pomocą ; opieka
- prowadzenie gospodarstwa domowego - samodzielnie ; z pomocą ; opieka

b) wykształcenie – niepełne podstawowe ; podstawowe ; zasadnicze ; średnie; wyższe, nie dotyczy  
zawód wyuczony..... czy osoba zainteresowana wykonuje pracę zarobkową TAK/NIE  
zawód wykonywany ....., nie dotyczy

**Oświadczam, że (właściwe podkreślić):**

1. a) nie pobieram świadczeń rentowych  
b) pobieram świadczenie
  - rentowe ZUS, KRUS od kiedy .....(posiadam orzeczenie wydane przez ZUS, KRUS, OKIZ, MSWiA inne .....)
  - emerytalne , inne .....
2. a) aktualnie nie toczy się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym  
b) aktualnie toczy się postępowanie przed innym organem orzeczniczym  
podać jakim .....
3. a) nie składałam/em uprzednio wniosku do Powiatowego Zespołu o wydanie orzeczenia  
b) składałam/em wniosek do Powiatowego Zespołu w ..... roku  
i otrzymałam/em orzeczenie ( podać jakie i do kiedy) .....  
c) posiadam orzeczenie wydane przez ZUS, KRUS, OKIZ, MSWiA inne .....
4. a) mogę samodzielnie lub z pomocą osoby drugiej przybyć na posiedzenie składu orzekającego  
b) nie mogę przybyć na posiedzenie składu orzekającego- **należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby,**
5. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
6. **Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadoma/y odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb PZON zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)*

.....  
podpis osoby zainteresowanej

DOTYCZY wyłącznie osób do 18-go roku życia lub ubezwłasnowolnionych

.....  
podpis przedstawiciela ustawowego

W załączeniu do ORYGINAŁU wniosku przedkładam:

1. ORYGINAŁ zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia, wydane przez lekarza na 30 dni przed dniem złożenia wniosku,
2. kserokopie posiadanej dokumentacji medycznej (oryginały do wglądu)- zgodnie z art. 6 ust. 2 rozporządzenia z dnia 15 lipca 2003 roku ( Dz. U. Nr 139 poz. 1328) prosimy o dołączenie do wniosku kart informacyjnych z leczenia szpitalnego , sanatoryjnego, konsultacji specjalistycznych , wyników badań mających istotny wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności – Rtg, EKG, EEG, TK, MR, badań laboratoryjnych, (oryginały proszę przedłożyć do wglądu na komisji).
3. kserokopie oraz oryginały ( do wglądu) posiadanych orzeczeń ( ZUS , KRUS, OKIZ)
4. Inne – wymienić jakie .....

**Po orzeczenie prosimy zgłosić się z dokumentem tożsamości, w umówionym na komisji terminie.**

**Na wniosek osoby zainteresowanej wyrabiamy legitymację osoby niepełnosprawnej.**

*\* podkreślić właściwe lub skreślić niewłaściwe, wypełnić czytelnie .*