**Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**

Nr sprawy....................... ...........................data..............................

**Imię i nazwisko**............................................................................................................................

**Data i miejsce** **urodzenia**.............................................................................................................

**Adres zamieszkania**.....................................................................................................................

**Nr PESEL**....................................................................................................................................

**Nr i seria dowodu** .......................................................................................................................

**Nr telefonu**...................................................................................................................................

**Dane przedstawiciela ustawowego\***

**Imię i nazwisko**............................................................................................................................

**Data i miejsce** **urodzenia**.............................................................................................................

**Adres zamieszkania**.....................................................................................................................

**Nr PESEL**....................................................................................................................................

**Nr i seria dowodu** .......................................................................................................................

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania**

 **o Niepełnosprawności w Kolbuszowej**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów uzyskania

* szkolenia
* odpowiedniego zatrudnienia,
* konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
* uczestnictwa w terapii zajęciowej,
* korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,
* zasiłku pielęgnacyjnego,
* zasiłku stałego,
* świadczenie pielęgnacyjne dla opiekuna,
* korzystania z karty parkingowej,
* inne:

 Uzasadnienie wniosku:

1. sytuacja społeczna:

 stan cywilny............................................................................................................................

 stan rodzinny...........................................................................................................................

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania: samodzielnie z pomocą

- wykonywanie czynności samoobsługowych: x x

- prowadzenie gospodarstwa domowego: x x

- poruszanie się w środowisku: x x

2. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego niezbędne wskazane zbędne

 jakiego ………………………………………………………………………………………

1. sytuacja zawodowa:

wykształcenie.........................................................................................................................zawód......................................................................................................................................

obecne zatrudnienie:...............................................................................................................

1. informacja o posiadaniu prawa jazdy lub pozwolenia do kierowania tramwajem:

 - tak - nie

Oświadczam, że:

1. pobieram( nie pobieram )\*\* świadczenia z ubezpieczenia społecznego: jakie ....................................................................................................................................... od kiedy..................................................................................................................................
2. aktualnie toczy się ( nie toczy się)\*\* w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzekającym:

jakie ........................................................................................................................................

od kiedy...................................................................................................................................

1. składałem (nie składałem )\*\* uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności:

 kiedy........................................................................................................................................

z jakim skutkiem.....................................................................................................................

1. mogę / nie mogę przybyć na badanie przedmiotowe ( jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby ),
2. 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 za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

Do wniosku załączam :

1. zaświadczenie o stanie zdrowia wydane nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku ,
2. posiadaną dokumentację medyczną,
3. inne dokumenty(podać jakie)..................................................................................................

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

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

podpis osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego

\*dotyczy osoby od 16 do 18 roku życia, osoby posiadającej przedstawiciela ustawowego.

\*\* niepotrzebne skreślić