WNIOSEK W SPRAWIE *

☐ WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

☐ O PONOWNE USTALENIE STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

☐ O PONOWNE WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI UWZGLĘDNIAJĄCE ZMIANĘ STANU ZDROWIA

Nr sprawy ..... Myszków,.....

Imię :/..../…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…/

Nazwisko: /…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./

OŚWIADCZAM, ŻE:

1. Pobieram świadczenie z ubezpieczenia społecznego : ( jakie i od kiedy? )

   …….. ……..……. ……

☐ nie pobieram świadczeń z ubezpieczenia społecznego.

2. Aktualnie toczy się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym (podać jakim)

   …….....……..

☐ aktualnie nie toczy się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym.

3. Składałem/am uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności: (kiedy ?)

   …….. …….....i otrzymałem/am stopień niepełnosprawności

   lekki / umiarkowany / znaczny na okres do .....na stałe.

☐ nie składałem/am uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności.

4. Mogę samodzielnie* lub z pomocą drugiej osoby* przybyć na posiedzenie składu orzekającego.

☐ nie mogę 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).**

5. 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.

***Oświadczenie Wnioskodawcy***

6. Zobowiązuję się powiadomić Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Myszkowie o każdej zmianie mojego adresu do momentu zakończenia postępowania - zgodnie z art. 41 kodeksu postępowania administracyjnego.

7. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego – *kto składając zeznanie mające służyć jako dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.* - oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

8. W związku z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych, Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Myszkowie ul. Partyzantów 21 jako administrator danych osobowych informuje, że pozyskuje dane osobowe w trakcie prowadzonych postępowań administracyjnych. Dane osobowe są zbierane i wykorzystywane przez PZON w Myszkowie dla prowadzonych postępowań administracyjnych, w celu wydania orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia w sprawie ulg i uprawnień. Pozyskane dane osobowe nie są udostępnianie podmiotom trzecim, z zastrzeżeniem obowiązku wynikającego z odrębnych przepisów. Osoby, których dane osobowe zostały pozyskane przez PZON w Myszkowie dla w/w celów mają prawo dostępu do ich treści, a także prawo ich poprawiania. Obowiązek podania danych osobowych wynika z Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

## DO WNIOSKU NALEŻY ZAŁĄCZYĆ:

1. ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA WYDANE PRZEZ LEKARZA LECZĄCEGO, SPECJALISTĘ LUB LEKARZA RODZINNEGO nie wcześniej niż 30 dni przed dniem złożenia wniosku,
2. KSEROKOPIĘ (POTWIERDZONĄ ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM ) dokumentacji medycznej umożliwiającej ustalenie stopnia niepełnosprawności i datę powstania niepełnosprawności,
3. poprzednie lub dotychczasowe orzeczenie Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności lub orzeczenie KRUS, ZUS, KIZ, MON,
4. DOWÓD OSOBISTY ( do wglądu )
5. inne dokumenty, podać jakie .....

**Wniosek proszę wypełnić czytelnie !**

……
podpis osoby zainteresowanej

*) właściwe zakreślić X

…….. ……..…… *DATA* ……..

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia**

wydane dla potrzeb

Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

**/ zaświadczenie wydane nie wcześniej niż 30 dni przed dniem złożenia wniosku/**

**Imię i nazwisko**/..../…./…./…./

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 wykonywanych badań dodatkowych ( w załączeniu )**

……
……
……
……
……
……

7. **Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia**

……
……
……
……
……

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta ? Tak / Nie *

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? ( rok ) .....

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie ? ( rok ) ……..

W/w Pan /i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji. Tak / Nie *

W celu udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności pacjent/ka jest:

a) zdolny/a do odbycia podróży

b) zdolny/a do odbycia podróży w towarzystwie osoby drugiej

c) trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu

U w/w Pana /i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia**

.....

PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA

* niepotrzebne skreślić

** dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie