

Oświadczenia:

stan cywilny*

kawaler <input type="checkbox"/> / panna <input type="checkbox"/>	zamężna <input type="checkbox"/> / żonaty <input type="checkbox"/>	wdowiec <input type="checkbox"/> / wdowa <input type="checkbox"/>
separowany <input type="checkbox"/> / separowana <input type="checkbox"/>	rozwidziony <input type="checkbox"/> / rozwidziona <input type="checkbox"/>	

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"/>

sytuacja zawodowo - edukacyjna :

obecnie jestem zatrudniony/a: TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/> *
Zawód wykonywany
Wykształcenie: niepełne podstawowe <input type="checkbox"/> / podstawowe <input type="checkbox"/> / zawodowe <input type="checkbox"/> / średnie <input type="checkbox"/> / wyższe <input type="checkbox"/> *
Zawód wyuczony
obecnie kontynuuje naukę TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/> *
typ szkoły

Czy posiada Pan(i) prawo jazdy?: **TAK** / **NIE** * kat.aktywny kierowca ? : **TAK** / **NIE** *

Oświadczam, że pobieram świadczenia pieniężne: **ZUS** / **KRUS** * **emerytura** / **renta** *

(w przypadku pobierania renty należy załączyć wypis z treści orzeczenia ZUS / KRUS)

Czy składano uprzednio wnioski o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności?: **TAK** / **NIE** *

Nr sprawy:SN.20..... sprawa z dnia

UWAGA !

► Wniosek składa się wraz z aktualnym zaświadczeniem lekarskim wydanym na potrzeby Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności - ważne 30 dni od daty wystawienia.

► Należy załączyć kserokopie aktualnej dokumentacji medycznej dotyczącej obecnego stanu zdrowia (uwierzytelnioną za zgodność z oryginałem przez placówkę medyczną lub przedłożyć oryginały do wglądu.) (tj. karty informacyjne, historię choroby z poradni specjalistycznych z przebiegu leczenia, wyniki badań, opinie pedagogiczno - psychologiczne)

► W przypadku stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych i uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

Oświadczam, że mogę przybyć na posiedzenie składu orzekającego uwzględniając obecny stan zdrowia
 TAK / **NIE** / **TAK z pomocą osoby towarzyszącej***

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci nr telefonu i/lub adresu e-mail wpisanego we wniosku w celu przekazania informacji dotyczącej postępowania w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

odpowiednie zaznaczyć *

.....
podpis osoby zainteresowanej lub
jej przedstawiciela ustawowego
(czytelny)

Informacje dotyczące sytuacji społeczno-zawodowej osób ubiegających się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Imiona i nazwisko:

PESEL: /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

I. Aktywność zawodowa (właściwe należy zakreślić X):

pracujący, bezrobotny (zarejestrowany w PUP: TAK NIE), uczeń (należy podać rodzaj szkoły):

student, emeryt, rencista, bierny zawodowo

II. Źródła dochodu (właściwe należy zakreślić X):

wynagrodzenie, brak, na utrzymaniu rodziny, pomoc społeczna, zasiłek dla bezrobotnych, emerytura, renta, inne (należy wskazać jakie):

III. Wykształcenie

a. poziom wykształcenia (mniej niż podstawowe, podstawowe, gimnazjalne, zawodowe, średnie, wyższe - posiadane wykształcenie należy podać według poziomu szkoły ukończonej):

b. kierunek kształcenia

c. uzyskany zawód

d. inne (np. studia podyplomowe, specjalizacje):

IV. Kwalifikacje

1. szkolenia i kursy (w tym zdobyte uprawnienia, staże/praktyki):

2. znajomość obsługi komputera (właściwe należy zakreślić X):

podstawowa, dobra, pracuję z komputerem, brak umiejętności obsługi

3. prawo jazdy (właściwe należy zakreślić X): nie posiadam, posiadam (jakiej kategorii?):

dotyczy osób posiadających prawo jazdy (właściwe należy zakreślić X): aktywny kierowca, nieaktywny kierowca (należy podać przyczynę):

4. języki obce (właściwe należy zakreślić X): brak znajomości, posiadam znajomość (należy wskazać języki i poziom ich znajomości):

V. Przebieg kariery zawodowej

1. ogólny staż pracy: (lata) – okres udokumentowany,
..... (lata) – okres nieudokumentowany

2. wykonywane zawody (należy wymienić chronologicznie):

praca wykonywana poza granicami kraju (należy wymienić państwo i wykonywany zawód):

3. aktualnie wykonywana praca (stanowisko pracy; forma umowy tj. zakres etatu, umowa-zlecenie, umowa o dzieło itp.; wykonywane czynności; obsługiwane urządzenia):

.....

4. przyczyna i czas zaprzestania ostatniego zatrudnienia:

.....

5. nabyte umiejętności zawodowe (w tym umiejętności obsługi maszyn i urządzeń):

.....

VI. Plany zawodowe oraz motywacja do podjęcia/kontynuowania zatrudnienia

.....

VII. Możliwość uzyskania wsparcia ze strony rodziny lub osób spoza rodziny (właściwie należy zakreślić X)

brak możliwości, możliwe wsparcie (należy wskazać od kogo i w jakim zakresie):

.....

VIII. Warunki mieszkaniowe (opisać z uwzględnieniem w szczególności: mieszkanie/dom jednorodzinny, liczba pokoi, bieżąca woda, ciepła woda, ogrzewanie, łazienka, toaleta, liczba osób wspólnie zamieszkujących, inne - w tym zakład karny, dom dziecka, bezdomność)

.....

potrzeby dostosowania mieszkania/domu do występujących ograniczeń (właściwie należy zakreślić X): nie wymaga, wymaga (należy opisać jakie?):

.....

IX. Informacje dotyczące uczestnictwa w życiu społecznym (nawiązywanie relacji społecznych i interakcji społecznych)

.....

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym

.....
Data i podpis osoby zainteresowanej lub
jej przedstawiciela ustawowego
(czytelny)

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

.....
Miejscowość i data

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane na potrzeby
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
(wypełnia w całości lekarz łącznie z danymi osobowymi)**

UWAGA: Zaświadczenie lekarskie ważne jest **30 dni** od daty jego wystawienia.

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Numer PESEL

Nr i seria dowodu osobistego

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim).

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium.

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące.

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałości uszkodzeń, możliwości poprawy) dalsze leczenie i rehabilitacja.

proszę wypełnić drugą stronę zaświadczenia

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 ? (data)

- Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie ?

(data).....

- W/w Pan/ i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożności samodzielnej egzystencji.

Tak / Nie*

- W/w Pan/ i do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopni niepełnosprawności jest*:

a) zdolny/a

b) zdolny/a w towarzystwie osoby drugiej

c) trwale niezdolny/a do odbycia podróży z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo – należy szczegółowo opisać stan ogólny pacjenta.....

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

*odpowiednie zaznaczyć

.....
(pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie)

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane na potrzeby Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności
(wypełnia w całości lekarz łącznie z danymi osobowymi)**

UWAGA: Zaświadczenie lekarskie ważne jest **30 dni** od daty jego wystawienia.

Imię i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

Numer PESEL:

Nr i seria dowodu osobistego:.....

Adres zamieszkania:

ZDOLNOŚĆ DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI

1. Czynności samoobsługowe – czy osoba badana jest zdolna do (zaznacz odpowiednie pole):

	samodzielnie	z pomocą	całkowita opieka
a) załatwiania potrzeb fizjologicznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) wykonywania zabiegów toaletowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ubierania oraz rozbierania się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) spożywania posiłków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Prowadzenie gospodarstwa domowego - czy osoba badana jest zdolna do (zaznacz odpowiednie pole):

	samodzielnie	z pomocą	niezdolna
a) przygotowywania posiłków/gotowania/zmywania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) robienia zakupów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) robienia gruntownych porządków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) prania, prasowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Poruszanie się w środowisku - czy osoba badana jest zdolna do (zaznacz odpowiednie pole):

	samodzielnie	z pomocą	niezdolna
a) wstawania z łóżka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) poruszania się po mieszkaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) poruszania się w środowisku zamieszkania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) korzystania z publicznych środków lokomocji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Zdolność do samodzielnego komunikowania się (zaznacz odpowiednie pole):

	samodzielnie	z pomocą	niezdolna
a) zrozumienie języka otoczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) umiejętność komunikacji nie werbalnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) umiejętność komunikacji ustnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) umiejętność komunikacji pisemnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Sposób poruszania się (zaznacz odpowiednie pole):

- a) samodzielnie
- b) samodzielnie po zaprotezowaniu
- c) przy pomocy jednej kuli
- d) przy pomocy dwóch kul
- e) z laską
- f) z balkonikiem
- g) z przewodnikiem
- h) na wózku inwalidzkim
- i) brak możliwości

6. Czy osoba badana korzysta z przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych lub środków technicznych (tj. m.in. laska, kula, balkonik, wózek inwalidzki, gorset, pionizator, aparat słuchowy, pompa insulinowa, cewnik, worki stomijne, aparat tlenowy) ?

Tak

Nie

Jeśli *tak*, to jakie:

.....

Jeśli *nie*, to czy ma w tym jakiś potrzeby – jakie

.....

.....
(pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie)