|  |  |
| --- | --- |
| **herb** | **WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** |
| **Miejsce** | **Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności** **pokój nr 3, parter, podjazd dla osób niepełnosprawnych od strony zachodniej budynku****ul. Okrzei 49B, 28-300 Jędrzejów****Godziny pracy: poniedziałek ÷ piątek 730  ÷1530** |
| **Informacja** | tel.: (41) 38 636 00 wew. 24fax: (41) 38 60 00 wew. 24**e-mail: zon@powiatjedrzejow.pl** |
| **Wymagane dokumenty** | 1.Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności 2.Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności - druki  dostępne poniżej, w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności bądź właściwym dla gminy Ośrodku Pomocy Społecznej |
| **Załączniki** | Kserokopia posiadanej dokumentacji medycznej świadczącej o przebiegu schorzenia/ń, kserokopia orzeczenia organu rentowego. W przypadku orzeczenia kolejnego jedynie dokumentacja, która przybyła od ostatniej komisji w Zespole. |
| **Opłaty skarbowe** | Nie dotyczy |
| **Termin załatwienia sprawy** |  Do 30-60 dni od dnia doręczenia wniosku. |
| **Tryb odwoławczy** | 1. Przyjęcie wniosku w sprawie wydania orzeczenia nie wymaga wydania decyzji nie ma więc podstaw do trybu postępowania odwoławczego.2.W przypadku wniesienia sprzeciwu od orzeczenia, odwołanie wnosi się do Wojewódzkiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Kielcach, za pośrednictwem Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Jędrzejowie, w terminie 14 dni od daty doręczenia orzeczenia stronie. |
| **Uwagi** | 1. W przypadku braku kompletu wymaganych dokumentów organ wzywa do uzupełnienia niezbędnej dokumentacji.
2. W przypadku nieuzupełnienia wymaganej dokumentacji w terminie wyznaczonym przez Zespół oraz niewystąpieniem z prośbą o zawieszenia postępowania do czasu jej uzupełnienia, organ pozostawia wniosek bez rozpoznania.
 |
| **Opis** | Podstawa prawna: 1. Ustawa z dnia 14.06.1960 r. Kodeks Postępowania Administracyjnego (tekst jednolity z dnia 03.10.2018 r., Dz. U. z 2018 r. poz.2096.),
2. Ustawa z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych ( tekst jednolity z dnia 07.02.2018 r., Dz.U. z 2018 r., poz.511),
3. Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15.07.2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (tekst jednolity z dnia 03.10.2018 r., Dz.U. z 2018 r., poz 2027).
 |

Wniosek w sprawie wydania orzeczenia

**o stopniu niepełnosprawności**

 miejscowość ......................................................

data .............................................

Nr sprawy ................................

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

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

Numer i seria dowodu osobistego (paszportu).....................................................................

PESEL ......................................................... Nr tel. ....................................................

Adres zamieszkania .............................................................................................................

 **Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania**

 **o Niepełnosprawności w Jędrzejowie**

Zwracam się z prośbą o wydanie mi orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów :\*

* Odpowiedniego zatrudnienia w tym min. w Zakładzie Aktywności Zawodowej,
* Szkolenia,
* Uczestnictwa w terapii zajęciowej,
* Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
* Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji

 (tj. korzystania z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych),

* Uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
* Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
* Korzystania z art. 8 Ustawy Prawo o ruchu drogowym ( karta parkingowa ),
* Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
* Korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
* Inne (jakie?) .........................................................................................................................

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

 Uzasadnienie wniosku :

1. Sytuacja społeczna : stan cywilny ......................, stan rodzinny ........................ ................

zdolność do samodzielnego funkcjonowania : samodzielnie z pomocą

1/ wykonywanie czynności samoobsługowych x x

2/ prowadzenie gospodarstwa domowego x x

3/ poruszanie się w środowisku x x

1. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego niezbędne wskazane zbędne

 x x x

1. sytuacja zawodowa: wykształcenie .........................................zawód...................................

 obecne zatrudnienie........................................................................................................

Oświadczam, że:

1. pobieram świadczenie \* (nie pobieram \*) z ubezpieczenia społecznego:

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

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

1. aktualnie nie toczy się\* (toczy się\*) w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym,

 podać jakim .....................................................................................................................................

1. nie składałem/am\* (składałem/am\*) uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:

jeżeli tak to kiedy...............................................................................................................................

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

1. mogę\* ( nie mogę\*) samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego. (Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej 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 KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY ZGODNIE Z ART. 233 § 1 KODEKSU KARNEGO.

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

podpis osoby zainteresowanej lub

jej przedstawiciela ustawowego

\* niepotrzebne skreślić

(Stempel zakładu opieki zdrowotnej

 lub praktyki lekarskiej) ..............................................................

 (miejscowość)

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

 (data)

# Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb

Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Jędrzejowie

 **Zaświadczenie należy złożyć do Zespołu w ciągu 30 dni od daty wystawienia**

 **Zaświadczenie powinno być wypełnione w CAŁOŚCI przez lekarza**

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

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

Adres zamieszkania ..........................................................................................................................

PESEL ...............................................................................................................................................

Numer i seria dowodu osobistego (paszportu).. ...............................................................................

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej ..............................................................................................

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

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego,

stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja-rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium...........................................................................................................

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

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

1. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące...........................................

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

1. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy, dalsze leczenie i rehabilitacja ................................................................................................................

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

1. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny: ewentualne potrzeby w tym zakresie...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

6. Wykaz wykonanych 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 drugiej osoby ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

**TAK / NIE \***

W/w Pan/i jest trwale niezdolny**/**a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.

## TAK / NIE \*

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

**TAK / NIE** \*

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

( pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)

\*niepotrzebne skreślić

\*\* dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie

**W CELU OTRZYMANIA ORZECZENIA
O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI NALEŻY DOPEŁNIĆ NIŻEJ WYMIENIONYCH FORMALNOŚCI:**

**Dostarczyć następujące dokumenty:**

* **Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności**
* **Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności, wypełnione w całości przez lekarza oraz wystawione nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku**
* **Kserokopie poprzedniego orzeczenia (m.in. ZUS, KRUS)**
* **Kserokopia dokumentacji medycznej świadczącej o przebiegu schorzenia:**
* **Ksero kart informacyjnych leczenia szpitalnego**
* **Ksero wyników ważniejszych badań (Rtg ,Usg itp.)**
* **Ksero historii choroby od lekarza/y prowadzącego/ych**
* **Zaświadczenia lekarskie dotyczące chorób współistniejących**
* **Jeżeli wniosek składany jest po raz kolejny należy załączyć tylko nową dokumentację medyczną, która przybyła od ostatniej komisji w PZOON**

**W przypadku braku powyższych danych nie jest możliwe wydanie orzeczenia o stopnia niepełnosprawności.**

***Wniosek o ponowne ustalenie niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności można złożyć nie wcześniej niż na 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia.***