|  |  |
| --- | --- |
| **herb** | **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O NIEMOŻNOŚCI PRZYBYCIA OSOBY ZAINTERESOWANEJ NA POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJĄCEGO  W CELU WYDANIA ORZECZENIA  O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB 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 - 7:30 - 16:30, wtorek -czwartek - 7:30-15:30, piątek – 07:30-14:30** |
| **Informacja** | tel.: (41) 38 636 00 wew. 24  fax: (41) 38 60 00 wew. 24  **e-mail: zon@powiatjedrzejow.pl** |
| **Wymagane dokumenty** | 1.Zaświadczenie lekarskie o niemożności przybycia osoby zainteresowanej na posiedzenie składu orzekającego w celu wydania orzeczenia  o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności - druk dostępny poniżej, w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności bądź właściwym dla gminy Ośrodku Pomocy Społecznej |
| **Załączniki** | Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności, zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane  dla potrzeb Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności  w Jędrzejowie, kserokopia posiadanej dokumentacji medycznej |
| **Opłaty skarbowe** | Nie dotyczy |
| **Termin załatwienia sprawy** | Do 30 dni od dnia doręczenia wniosku. |
| **Tryb odwoławczy** | Nie dotyczy |
| **Uwagi** | Nie dotyczy |
| **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). |

**pieczęć zakładu opieki zdrowotnej ..............................................................................**

**(miejscowość, data)**

**Zaświadczenie lekarskie**

**o niemożności przybycia osoby zainteresowanej**

**na posiedzenie składu orzekającego**

**w celu wydania orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności**

Pan/i ........................................................................................................................................................

data urodzenia ............................................................................................................................................

zamieszkały/a ..........................................................................................................................................

jest niezdolny/a samodzielnie przybyć na posiedzenie zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności z powodu schorzenia: ................................................................................................

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

*(należy określić stopień wydolności organizmu)*

Niniejsze zaświadczenie wydaje się dla potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania   
o Niepełnosprawności w Jędrzejowie w celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

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

(pieczęć i podpis lekarza)