

**WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA  
ORZECZENIA O WSKAZANIACH DO ULG I UPRAWNIENÍ  
/ na podstawie orzeczeń o inwalidztwie lub niezdolności do pracy/**

zgodnie z art.5, 5a i 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych / Dz.U. 123, poz. 776- z późn.zm./.

Nr sprawy ..... Myszków,.....

Imię :/...../

Nazwisko: /...../

Data urodzenia: .....miejsce urodzenia .....

Stały adres zameldowania .....

Adres pobytu /do korespondencji/.....

Seria i nr dowodu osobistego/ paszportu/ /...../

Nr PESEL /...../

Telefon .....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego .....

Adres zamieszkania/ pobytu.....

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania  
o Niepełnosprawności w Myszkowie  
42-300 Myszków ul. Partyzantów 21  
tel./ fax 034 313 20 29**

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

- odpowiedniego zatrudnienia,
- szkolenia, w tym specjalistycznego
- uczestnictwa w terapii zajęciowej,
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,
- korzystania z uprawnień określonych w art.8 ust.1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o Ruchu Drogowym ( Dz. U.z 2005 r.Nr 108, poz. 908. )
- korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
- uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego
- prawa do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów, inne jakie?/.....

**Oświadczam, że posiadanie przeze mnie ważne orzeczenie\***

**- o niezdolności do pracy oraz orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji**

**- o całkowitej niezdolności do pracy**

**- o częściowej niezdolności do pracy**

**- o zaliczeniu do / pierwszej/ drugiej/ trzeciej/ grupy inwalidów**

**- o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym**

**nie posiada stosownego wpisu.**

**Uzasadnienie wniosku:**

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

<b>zdolność do samodzielnego funkcjonowania</b>	<b>samodzielnie</b>	<b>z pomocą</b>	<b>z opieką</b>
wykonywanie czynności samoobsługowych			
prowadzenie gospodarstwa domowego			
poruszanie się w środowisku			



.....  
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....DATA.....

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia**

wydane dla potrzeb  
Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

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

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Nr i seria dowodu osobistego .....

1. Opis stanu zdrowia.....

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

2. Rozpoznanie choroby zasadniczej / potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych/ .....

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

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

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

3. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące/ potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych/ .....

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

4. Ograniczenia spowodowane naruszoną sprawnością organizmu wynikającą z rozpoznania choroby zasadniczej i chorób współistniejących.

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

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

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

6. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

.....  
.....

.....  
PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA

\* niepotrzebne skreślić

\*\* dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie