

2/ zdolność do samodzielnego funkcjonowania*:

- a) wykonywanie czynności samoobsługowych: samodzielnie z pomocą konieczna opieka,
b) poruszanie się: samodzielnie z pomocą konieczna opieka,
c) prowadzenie gospodarstwa domowego: samodzielnie z pomocą konieczna opieka,

3/ wykształcenie*: bez wykształcenia podstawowe zasadnicze średnie wyższe

4/ zawód wyuczony 5/ zawód wykonywany

6/ aktualne zatrudnienie

7/ korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego (jakiego?).....

Oświadczam, że*:

- pobieram emeryturę rentę - podać z jakiej instytucji (ZUS, KRUS, MON, MSWiA).....
 aktualnie nie toczy się toczy się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem
orzecznym, podać jakim (ZUS, Sąd Pracy, Wojewódzki Zespół)

nie posiadam posiadam orzeczenie (podać przez kogo wydane i do kiedy jest ważne).....

nie składałem(am) składałem(am) wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
(podać rok i nazwę powiatowego zespołu)

Na posiedzenie składu orzekającego :

- mogę przybyć,
 nie mogę przybyć (w tym przypadku należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające
niemożność wzięcia udziału z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby).

W związku z posiadaniem ważnego orzeczenia o *:

- zaliczeniu do jednej z grup inwalidzkich niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym
(wydane przed 01.01.1998 r.) (wydane przed 01.01.1998 r.)
 niezdolności do pracy, niezdolności do samodzielnej egzystencji,

wyrażam zgodę na rozpatrzenie wniosku na podstawie* :

- ogólnych zasad ,
 art. 5a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu
osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721), tj. do ulg i uprawnień.
(W postępowaniu obecność wnioskodawcy jest obowiązkowa. Od tego orzeczenia nie można wnieść odwołania).

*W celu uzyskania orzeczenia w trybie art. 5a ustawy, należy dołączyć do wniosku oryginał orzeczenia
lub kopię potwierdzoną za zgodność przez organ, który wydał to orzeczenie.*

**OŚWIADCZAM, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem
świadomy(a) odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

W załączeniu przedkładam* :

- oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia,
 kserokopie (potwierdzone za zgodność) posiadanej dokumentacji medycznej, tj. karty informacyjne
leczenia szpitalnego, badania specjalistyczne, konsultacje, wyniki opisowe RTG, MR, TK, badanie
psychologiczne, inne,
 kserokopie posiadanych orzeczeń Lekarza Orzecznika ZUS, orzeczeń o grupie inwalidzkiej, orzeczeń
KRUS, orzeczeń o stopniu niepełnosprawności, orzeczeń komisji branżowej (MSWiA, WKL).

- OŚWIADCZAM**, że nie posiadam, innej niż złożona przy wniosku, dokumentacji medycznej dotyczącej
stanu mojego zdrowia.

POUCZENIE – wniosek o wydanie orzeczenia o ponowne ustalenie stopnia niepełnosprawności można
złożyć **nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia.**

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

* właściwie zaznaczyć znakiem X

BIP

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
(dotyczy osoby powyżej 16 roku życia)

Imię i nazwisko

Data urodzenia..... 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 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 (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

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

5. 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 / nie wymaga* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w Pan/i jest niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności **z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby**

TAK / NIE*

* niepotrzebne skreślić

.....
pieczętka i podpis lekarza

Uwaga: Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia jest ważne tylko 30 dni.