

**Wniosek w sprawie wydania orzeczenia  
o stopniu niepełnosprawności lub ponowne ustalenie stopnia niepełnosprawności  
(powyżej 16 roku życia)**

<b>ADRES:</b> Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności Al. Niepodległości 20/22 42-216 Częstochowa tel. 343660464  Godziny pracy: poniedziałek-piątek <b>7:30- 15:30</b>	<b>ADNOTACJE URZĘDOWE :</b> NR SPRAWY: <i>Zd-I.8421.....</i>  nr sprawy w archiwum PZOoN.....  EKSMOON <input type="checkbox"/>
--	---

**Imię i nazwisko**.....

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

**Numer i seria dowodu osobistego** .....

**PESEL** \_\_\_\_\_ **nr tel.** .....

**Adres stałego zameldowania (z kodem)**.....

**Adres pobytu\***.....

**Adres do korespondencji\***.....

\* *wypełnić jeśli jest inny niż adres zameldowania*

**Dane przedstawiciela ustawowego** (*dotyczy osób do 18-go roku życia lub ubezwłasnowolnionych  
wyrokiem sądu*)

Imię i nazwisko.....

Numer i seria dowodu osobistego .....

Adres

.....Data i

miejsce urodzenia.....PESEL\_\_\_\_\_

Zwracam się z prośbą o wydanie mi orzeczenia o stopniu niepełnosprawności:

- po raz pierwszy**
- po raz kolejny\*** (*złożyć nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia*)
- z tytułu zmiany stanu zdrowia**

**Orzeczenie to potrzebne jest mi do :**

- odpowiedniego zatrudnienia
- szkolenia
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji /korzystanie z usług społecznych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych/
- uzyskania karty parkingowej
- Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
- innych (wymienić jakich).....

CEL PODSTAWOWY.....

**Pozostałe informacje:**

**1.Stan cywilny:**  panna/kawaler  mężatka/zonaty  rozwiedziony/a  wdowa/wdowiec  
 separowana/separowany

## 2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

- wykonywanie czynności samoobsługowych:  samodzielnie  z pomocą  z opieką  
- poruszanie się w środowisku:  samodzielnie  z pomocą  z opieką  
- prowadzenie gospodarstwa domowego:  samodzielnie  z pomocą  z opieką

3. **Sytuacja zawodowa:** Wykształcenie:..... Zawód wyuczony:.....  
 Zatrudniony/a jako.....  Brak zatrudnienia

### Oświadczam, że:

1.  **Pobieram świadczenia**  **Nie pobieram świadczeń** - z ZUS, KRUS, MSWiA:

Jeśli tak, to jakie:  **RENTA** grupa / niezdolność do pracy.....  
 **EMERYTURA**

2. **Aktualnie:**  **toczy się**  **nie toczy się** - w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznym (WZON, Sąd Pracy itp.).

Jeśli tak, podać przed jakim:.....

3.  **Składałem**  **Nie składałem** - uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności przez powiatowy lub miejski zespół ds. orzekania o niepełnosprawności:

Jeżeli tak, to kiedy i gdzie(rok) .....

Z jakim skutkiem (stopień).....ważne do.....

4.  **Mogę samodzielnie** (lub z pomocą drugiej osoby) /  **Nie mogę** przybyć na posiedzenie sądu orzekającego.

Jeżeli nie, to należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność przybycia na komisję.

### **UWAGA! Do wniosku należy koniecznie dołączyć:**

1. **Zaświadczenie o stanie zdrowia wypełnione przez lekarza prowadzącego** - *jest ono ważne przez 30 dni od daty wystawienia i w tym terminie należy dostarczyć je z wnioskiem*
2. **Kserokopie posiadanej dokumentacji medycznej** (aktualne wyniki badań, wypisy ze szpitala, opinie psychologiczne, kopie kartotek, itp.; w przypadku ponownego składania wniosku - *tylko dokumentację przybyłą od czasu poprzedniej komisji*)
3. **Dowód osobisty do wglądu** (w przypadku osoby między 16 a 18 rokiem życia - legitymacja szkolna, paszport lub tymczasowy dowód osobisty)

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 za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

**Zgodnie z Kodeksem postępowania administracyjnego Art. 41. § 1. oświadczam, że zobowiązuję się poinformować Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Częstochowie o każdej zmianie swojego adresu do momentu zakończenia postępowania.**

.....  
podpis wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego