

data .....

miejsowość .....  
stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**ZASWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
**wydane dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności**

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

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

PESEL .....

**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;**

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

**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 wykonywanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu):**

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

**7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:**

.....  
.....

**Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?**

**(data)** .....

.....  
**Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną (data)** .....

**Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta – TAK/NIE\***

**U w/w Pana/Pani nastąpiło/nie nastąpiło\* istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania do celów orzeczenia o stopniu niepełnosprawności\*\***

**W/w Pan/Pani wymaga/nie wymaga\* opieki osoby drugiej ze względu na niemożliwość samodzielnej egzystencji**

**Ww Pan/Pani jest trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności – TAK/NIE\***

.....  
pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

\* niepotrzebne skreślić

\*\* dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie

....., dnia .....

.....  
imię i nazwisko

.....  
adres

### Oświadczenie

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie we wniosku danych osobowych na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. Z 1997 roku Nr 133 poz. 883) w zbiorze danych osobowych prowadzonym przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Rypinie. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizowanie przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Rypinie zadań określonych ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w zgodzie z ustawą kodeks postępowania administracyjnego.

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em poinformowany o:

1. adresie/siedzibie Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Rypinie jako administratora danych osobowych,
2. przysługujących mi na podstawie w/w ustawy o ochronie danych osobowych uprawnień, a w szczególności o prawie wglądu do swoich danych i prawie ich poprawienia – tj. o uprawnieniach wynikających z art. 24 ust. 1 oraz art. 32 ustawy o ochronie danych osobowych.

.....  
podpis pracownika przyjmującego oświadczenie

.....  
data i podpis składającego oświadczenie

.....

***Upoważnienie pracownika socjalnego  
zespołu orzekającego  
do wglądu w dokumentację danej osoby  
we właściwym ośrodku pomocy społecznej  
i powiatowym centrum pomocy rodzinie***

Wyrażam zgodę na wykorzystanie przez pracownika socjalnego zespołu orzekającego informacji o mojej sytuacji socjalnej zawartych w dokumentacji ośrodka pomocy społecznej i powiatowego centrum pomocy rodzinie, które mogą być użyteczne przy orzekaniu o stopniu niepełnosprawności i przy określaniu wskazań dotyczących korzystania przeze mnie ze świadczeń, usług oraz ulg i uprawnień przysługujących na podstawie odrębnych przepisów, w tym ze świadczeń z pomocy społecznej.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis osoby zainteresowanej)

.....

**Posiadam ważne prawo jazdy kategorii ..... od .....**

.....  
(podpis osoby zainteresowanej)

**WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA  
ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Nr sprawy PZON. 8211-...../2009

miejsowość .....  
data .....

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Nr Pesel .....

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

Adres zamieszkania .....

Adres do korespondencji .....

Numer telefonu .....

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw  
Orzekania o Niepełnosprawności  
w Rypinie ul. Dworcowa 2a**

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

- szkolenia,
- odpowiedniego zatrudnienia,
- korzystania z rehabilitacji,
- korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów,  
podać o jaki rodzaj ulg chodzi .....
- korzystania z systemu pomocy społecznej,
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,
- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
- uzyskania karty parkingowej,
- konieczności zamieszkania w oddzielnym pokoju

**Uzasadnienie wniosku:**

1. Sytuacja społeczna: stan cywilny: ..... stan rodziny .....  
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

2. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego  
niezbędne                      wskazane                      zbędne

3. Sytuacja zawodowa:  
wykształcenie .....  
zawód .....  
obecne zatrudnienie .....

4. Posiadane kategorie prawa jazdy .....

**Oświadczam, że:**

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

jakie? .....  
(emerytura, renta, zasiłek pielęgnacyjny, zasiłek rodzinny, zasiłek chorobowy, renta socjalna)

od kiedy? .....

2. aktualnie nie toczy się\* (toczy się\*) w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym, podać jakim? .....

3. nie składałem\* (składałem\*) uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności ani też wniosku o zaliczenie do jednej z grup inwalidzkich lub wniosku o uznanie za osobę niezdolną do pracy względnie nie zdolna do samodzielnej egzystencji: jeśli tak, to kiedy i z jakim skutkiem .....

4. mogę\* (nie mogę\*) samodzielnie z osobą towarzyszącą\* przybyć na posiedzenie składu orzekającego. (Jeśli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej długotrwałej choroby).

5. posiadam ważne orzeczenie -podać jakie? .....

które nie zawiera informacji, będących podstawą do korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów.

6. 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 ŚWIADOMA?Y ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.**

W załączeniu przedkładam:

1. zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego, w ciągu 30 dni poprzedzających datę złożenia wniosku,
2. posiadaną dokumentację medyczną,
3. kserokopię orzeczeń Komisji ds. Inwalidztwa i Zatrudnienia przy ZUS, decyzji ZUS zawierającej informację nt. orzeczenia lekarza orzecznika ZUS, względnie orzeczenia innych organów rentowych (oryginały należy przedłożyć do wglądu).
4. inne dokumenty – jakie? .....

.....  
podpis osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego

\* zaznaczyć właściwe