

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Imię nazwisko)

.....
(Adres zamieszkania)

Oświadczenie

Oświadczam, iż wniosek z dnia....., o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności/ o stopniu niepełnosprawności/ o wskazaniach do ulg i uprawnień¹ składałam w celu ustalenia wskazania do karty parkingowej stanowiącego podstawę do ubiegania się o wydanie karty parkingowej na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 i 2 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. *Prawo o ruchu drogowym* (Dz. U. z 2012 r. poz. 1137, ze zm.).

.....
(Podpis wnioskodawcy)

¹ Niepotrzebne skreślić

Niniejsze oświadczenie należy dołączyć do wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności/ o stopniu niepełnosprawności/ o wskazaniach do ulg i uprawnień. Niezałączenie oświadczenia spowoduje w przypadku posiadania aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności/ o stopniu niepełnosprawności/ o wskazaniach do ulg i uprawnień wydanie decyzji o odmowie wydania orzeczenia ze względu na posiadanie statusu osoby niepełnosprawnej ustalonego decyzją ostateczną.

POWIATOWY ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W MALBORKU
82-200 Malbork, ul. Armii Krajowej 70, tel. 0 55 247 26 96; fax: 55 272 80 80
e-mail orzecznictwo1@poczta.onet.pl

Miejscowość i data

Nr sprawy

Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Imię/imiiona i nazwisko

PESEL

Dokładny adres zameldowania

Dokładny adres aktualnego pobytu

Data i miejsce urodzenia

Seria i nr dowodu osobistego /paszportu, prawa jazdy/

Numer telefonu kontaktowego

Imię/imiiona i nazwisko opiekuna prawnego

*/dotyczy wniosku składanego dla osoby pomiędzy 16 a 18 rokiem życia
i osoby ubezwłasnowolnionej/*

Seria i nr dowodu osobistego /paszportu, prawa jazdy/

*/wnioskodawcy lub opiekuna prawnego dla osoby pomiędzy 16 a 18
rokiem życia i osoby ubezwłasnowolnionej/*

Dokładny adres zamieszkania opiekuna prawnego

PESEL opiekuna prawnego

I. Cel złożenia wniosku /odpowiednie zakreślić krzyżykiem/:

- odpowiedniego zatrudnienia
- szkolenia
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej
- konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
- korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej
- uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego
- korzystanie z karty parkingowej
- inne /jakie?/

II. Uzasadnienie wniosku /odpowiednie zakreślić krzyżykiem/:

1. Stan cywilny:

- kawaler/panna żonaty/zamężna wdowiec/wdowa rozwiedziony/rozwiedziona separacja

2. Wykonywanie czynności samoobsługowych:

- samodzielnie z pomocą opieka

3. Poruszanie się w środowisku:

- samodzielnie z pomocą opieka

4. Prowadzenie gospodarstwa domowego:

samodzielnie z pomocą opieka

III. Sytuacja zawodowa:

1. Wykształcenie:

2. Zawód:

3. Obecne zatrudnienie:

a/ miejsce pracy:

b/ od kiedy:

c/ wykonywany zawód:

IV. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że **pobieram/nie pobieram*** świadczenia rentowe. Jeżeli tak, to **proszę załączyć kopię aktualnego orzeczenia ZUS, KRUS, KIZ.**

2. Oświadczam, że **nie posiadam orzeczenia o stopniu niepełnosprawności / posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności***. Jeżeli tak, to **proszę załączyć kopię orzeczenia.**

3. Oświadczam, że aktualnie **nie toczy się/toczy się*** w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem. Jeżeli tak, to proszę podać jakim:

**niepotrzebne skreślić*

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB JEJ ZATAJENIE.

.....
podpis wnioskodawcy lub opiekuna prawnego

DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:

1. Ważne Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wnioskodawcy wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o niepełnosprawności w Malborku /oryginał/.

2. Kserokopie dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałem potwierdzające chorobę zasadniczą, a w przypadku posiadania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dokumentacji medycznej potwierdzającej choroby, wydanej po dniu otrzymania ostatniego orzeczenia /historia choroby, karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych, konsultacje specjalistyczne itp./.

3. W przypadku posiadania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub niepełnosprawności kserokopię tego orzeczenia.

W PRZYPADKU POSIADANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI MOŻNA ZŁOŻYĆ NIE WCZEŚNIEJ NIŻ 30 DNI PRZED UPLYWEM TERMINU WAŻNOŚCI ORZECZENIA.

W PRZYPADKU POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA POŚWIADCZONEGO PRZEZ LEKARZA W ZAŚWIADCZENIU LEKARSKIM O STANIE ZDROWIA WNIOSKODAWCY WYDANYM DLA POTRZEB POWIATOWEGO ZESPOŁU DS. ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W MALBORKU POWYŻSZY TERMIN SKŁADANIA WNIOSKU NIE OBOWIĄDUJE.

.....
*pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej*

.....
*miejsowość i data
/zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia/*

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb
Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Malborku**

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Nr i seria dowodu osobistego/paszportu/prawa jazdy

Nr PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (wpisać w j. polskim):

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

**2. Przebieg schorzenia podstawowego, początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji),
stopień uszkodzenia strukturalnego, funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby:**

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:

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

5. Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

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

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....
.....

7. Wykaz dokonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu):

.....
.....

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

.....
.....

9. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (podać datę):

10. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (podać datę):

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji pacjenta: **Tak/Nie***

W/w Pan/i **wymaga/nie wymaga*** opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w Pan/i jest trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu ds. orzekania o stopniu niepełnosprawności: **Tak/Nie***

U w/w Pana/i **nastąpiło/ nie nastąpiło*** istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania dla celów orzeczniczych.

* niepotrzebne skreślić

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie