

## POWIATOWY ZESPÓŁ DS. ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W MALBORKU

---

Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Nr sprawy .....

Malbork, dnia .....

### **Dane dotyczące wnioskodawcy:**

Imię/ona i nazwisko .....

PESEL ..... Data urodzenia .....

Miejsce urodzenia ..... Obywatelstwo .....

Dokument tożsamości i jego numer (paszport, DO lub inny, wpisać jaki) .....

Adres zamieszkania .....

Nr telefonu .....

### **Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego wnioskodawcy – wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca jest osobą pomiędzy 16 a 18 rokiem życia lub jest ubezwłasnowolniony**

Imię/ona i nazwisko .....

PESEL ..... Data urodzenia .....

Miejsce urodzenia ..... Obywatelstwo .....

Dokument tożsamości i jego numer (paszport, DO lub inny, wpisać jaki) .....

Adres zamieszkania .....

Nr telefonu .....

### **Cel złożenia wniosku:**

- odpowiedniego zatrudnienia
- szkolenia
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej
- konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze
- korzystanie z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
- korzystanie z uprawnień na podstawie art. 8 prawa o ruchu drogowym
- korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej
- uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego
- uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- uzyskanie przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
- inne (wymienić jakie?) .....

**Stan cywilny:**

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

**Wykonywanie czynności samoobsługowych:**

- samodzielnie
- z pomocą
- opieka

**Poruszanie się:**

- samodzielnie
- z pomocą
- opieka

**Prowadzenie gospodarstwa domowego:**

- samodzielnie
- z pomocą
- opieka

**Wykształcenie:** .....

**Zawód wyuczony:** .....

**Czy aktualnie wykonuje pracę zarobkową:** tak/nie\*

**Wykonywany zawód:** .....

**Czy pobiera świadczenia rentowe:** tak/nie\*

**Nazwa pobieranego świadczenia rentowego:** .....

.....

**Czy był/jest zaliczany/a do stopnia niepełnosprawności lub niepełnosprawności:** tak/nie\*-

Jeżeli tak, to proszę dołączyć kserokopie posiadanego orzeczenia.

\*niepotrzebne skreślić

.....  
data i podpis wnioskodawcy lub opiekuna

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

.....  
miejscowość i data

**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 .....PESEL .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

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? (data)

.....

10. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data)

.....

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 orzecznich.

.....  
pieczęć i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

\* niepotrzebne skreślić