



Składałam ( nie składałam)\* uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności : data posiedzenia.....  
stopień..... do kiedy ważne.....  
Posiadam (nie posiadam)\* orzeczenie innego organu orzeczniczego (ZUS, KRUS, inne.....)  
data wydania orzeczenia..... ze skutkiem.....do kiedy.....  
Pobieram świadczenie ( nie pobieram)\* z ubezpieczenia społecznego:jakie.....  
od kiedy..... do kiedy.....  
Oświadczam, że mogę / nie mogę / \* samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego. (Jeżeli nie,  
to należy załączyć kserokopię dowodu osobistego).

**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/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie** (art. 16, ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – Dz.U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135, ze zm.).

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Jestem świadomy o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych i możliwości ich poprawiania (Art. 24 ust. 1 pkt 3 Ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych – Dz. U. Z 1997 r. Nr 133, poz. 883)

.....  
czytelny podpis osoby zainteresowanej  
lub jej przedstawiciela ustawowego\*\*

\* niepotrzebne skreślić

\*\* jeżeli wniosek podpisuje w imieniu osoby pełnoletniej opiekun prawny,  
to należy załączyć *postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego*

#### INFORMACJA DLA OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK:

##### Kompletną dokumentację stanowią:

1. WNIOSEK (**oryginał**) – wypełniony czytelnie pismem drukowanym i podpisany.
2. ZAŚWIADCZENIE\* o stanie zdrowia (**oryginał**) wypełniony przez lekarza - wybór lekarza zależy od osoby składającej wniosek; to może być lekarz rodzinny lub specjalista, który posiada dokumentację medyczną pacjenta). W momencie składania zaświadczenia nie może być ono wystawione z datą wcześniejszą niż 30 dni.
3. DOWODY LECZENIA – dokumentacja medyczna umożliwiająca ustalenie stopnia niepełnosprawności i date powstania niepełnosprawności (**kserokopie, oryginały do wglądu**), np. karty leczenia szpitalnego, zaświadczenia lekarskie, wyniki testów specjalistycznych, historia choroby, opisy zdj RTG, opisy badań w zależności od schorzenia (np. przy schorzeniach laryngologicznych wymagany jest aktualny audiogram; w przypadku schorzeń: psychicznych, upośledzeń umysłowych, całościowych zaburzeń rozwojowych, chorób neurologicznych – wymagana jest aktualna opinia psychologa).

#### DOKUMENTY PROSIMY SKŁADAĆ NA ADRES:

**Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności, ul. Żaków 3 66-200 Świebodzin**

**WNIOSKI DO POBRANIA POD ADRESEM: [www.swiebodzin.pl](http://www.swiebodzin.pl) ( ZAKŁADKA- CO I JAK W STAROSTWIE- ORZEKANIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI )**

W CAŁOŚCI WYPEŁNIA JEDEN LEKARZ

ZAŚWIADCZENIE NALEŻY ZŁOŻYĆ W CIĄGU **30 DNI** OD DATY WYSTAWIENIA

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....  
miejscowość i data (wypełnia lekarz !)

**Zaświadczenie o stanie zdrowia  
wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

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

PESEL.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (zaświadczenia nie należy wypełniać w języku łacińskim):

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby:

3. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

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

5. Ocena wyników leczenia, rokowanie (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy) dalsze leczenie i rehabilitacja:
6. Używany sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:
7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej potwierdzającej rozpoznanie (**w załączeniu**):

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

Czy nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia? \* **TAK / NIE**

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

Osoba wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji\* \* **TAK / NIE**

Osoba jest trwale niezdolna do udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności\* \***TAK / NIE**

\* właściwe zakreślić

.....  
pieczętka i podpis lekarza

---

---

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**wypełnić obowiązkowo, ale wyłącznie w przypadku**  
**trwałej niezdolności przybycia pacjenta na posiedzenie składu orzekającego.**

Stwierdza się, że Pan/Pani ....., nr PESEL .....  
jest trwale niezdolny do przybycia na posiedzenie składu orzekającego z powodu:.

.....  
Data, pieczętka i podpis lekarza wystawiającego