



2. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:

niezbędne

wskazane

zbędne

3. Sytuacja zawodowa:

wykształcenie.....

zawód - posiadane kwalifikacje.....

obecne zatrudnienie.....

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

1.  **Pobieram świadczenie z ubezpieczenia społecznego :** ( *jakie : renta z tytułu niezdolności do pracy – częściowa, całkowita\*, renta rodzinna\*, renta socjalna\* emerytura\* świadczenie przedemerytalne\* świadczenie rehabilitacyjne\**)  
**od kiedy** ..... **na okres do** .....

2.  **Nie pobieram świadczeń z ubezpieczenia społecznego.**

3.  **Aktualnie toczy się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym**  
(*podać jakim*) .....

**Aktualnie nie toczy się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym.**

4.  **Składałem/am uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności: (kiedy?)**  
.....  
**i otrzymałem/am stopień niepełnosprawności: lekki / umiarkowany / znaczny**  
**na okres do** ..... **na stałe.**

**Nie składałem/am uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności.**

5.  **Mogę samodzielnie\*** /  **z pomocą drugiej osoby\* przybyć na posiedzenie składu orzekającego.**

**Nie mogę przybyć na posiedzenie składu orzekającego**

6. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności dostarczenia dokumentacji medycznej uzupełniającej złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza prowadzącego, jestem świadomy/a wymogu ponoszenia kosztów we własnym zakresie.

**Oświadczenie Wnioskodawcy**

7. Zobowiązuję się powiadomić Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Myszkowie o każdej zmianie mojego adresu do momentu zakończenia postępowania – art. 41 § 1 Kpa (Dz. U. z 2021 r. poz. 735, ze zm.), tj.: w toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swojego adresu, w tym adresu elektronicznego oraz jestem świadomy, że w razie zaniedbania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

8. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy: art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. 2021 r., poz. 2345 z późn. zm), tj. kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat,  
- złożona dokumentacja w celu wydania orzeczenia jest autentyczna i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów: art. 270 § 1 wyżej przywołanej ustawy, tj. kto, w celu użycia za autentyczny, podrabia lub przerabia dokument lub takiego dokumentu jako autentycznego używa, podlega karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

**Wniosek proszę wypełnić czytelnie !**

**\*) właściwie zakreślić X**

Data.....

.....

podpis osoby zainteresowanej  
lub jej przedstawiciela ustawowego



1. Rozpoznanie chorób współistniejących zostało potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych: (wpisać jakimi)

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

III. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

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

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

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

V. Wykaz wykonanych badań dodatkowych / konsultacji:

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

VI. OCENA MOŻLIWOŚCI STAWIENIA SIĘ NA POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJĄCEGO\*.

1. CHOROBA UNIEMOŻLIWIA OSOBISTE STAWIENICTWO: TAK  NIE

W przypadku zaznaczenia w punkcie VI.1. „TAK”, lekarz wystawiający zaświadczenie stwierdza, czy choroba, która uniemożliwia osobiste stawiennictwo:

2. MA CHARAKTER DŁUGOTRWAŁY ORAZ NIE ROKUJE POPRAWY TAK  NIE

3. Brak możliwości osobistego stawiennictwa, lekarz stwierdził na podstawie (w załączeniu):

- HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY W CZĘŚCI DOTYCZĄCEJ WIZYT DOMOWYCH: TAK  NIE

- INNE DOKUMENTY (wpisać jakie) .....

VII. Lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokument. medycznej pacjenta: TAK  NIE

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

IX. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (data).....

.....

podpis lekarza wystawiającego  
zaświadczenie

\*zaznaczyć X w odpowiedniej kratce