

Oświadczam, że:

1. Pobieram świadczenia (nie pobieram)* z ubezpieczenia społecznego;
Jakie
Od kiedy
2. Aktualnie toczy się (nie toczy się)* w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem, podać jakim: (np. ZUS, KRUS Sąd Pracy, Wojewódzkim Zespołem)– podać jakim.....
3. Posiadam / posiadałem orzeczenie innego organu - podać jakie , przez kogo wydane.....
ważne do
- 4. Proszę załączyć kserokopię orzeczenia (oryginał do wglądu)**
5. Składałem (nie składałem)* uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:
6. Kiedy ze skutkiem brak, lekki, umiarkowany, znaczny, na okres do....., na stałe
7. Mogę (nie mogę)* samodzielnie przybywać na posiedzenie składu orzekającego (**jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby**).
8. W przypadku wystawienia przez specjalistę podczas analizy dokumentacji medycznej lub na posiedzeniu składu orzekającego skierowania na badania specjalistyczne wykonywane przez Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie **jestem świadomy wymogu ponoszenia kosztów związanych z dojazdem** na te badania we własnym zakresie
9. 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 .
10. Oświadczam, że **zgadzam się** na wykorzystanie przez pracownika socjalnego zespołu orzekającego informacji o mojej sytuacji socjalnej zawartej w dokumentacji Ośrodka Pomocy Społecznej w moim miejscu zamieszkania lub pobytu, które mogą być użyteczne przy orzekaniu o stopniu niepełnosprawności.
11. **Zobowiązuję się** do informowania Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Nowym Sączu (**zgodnie z art. 41 KPA**) o zmianie adresu lub miejsca pobytu.

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMA/Y ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.

.....
(podpis osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego) * *

Do wniosku należy **bezwzględnie** dołączyć:

- 1. Oryginał** zaświadczenia o stanie zdrowia wydane przez lekarza prowadzącego osobę składającą wniosek (**ważne 30 dni** od daty wystawienia przez lekarza).
- 2. Kserokopie** dokumentacji medycznej (**uwierzytelnionych przez placówki służby zdrowia za zgodność z oryginałem**) potwierdzającej **rozpoznanie schorzenia, w tym w szczególności:**
 - kserokopie konsultacji specjalistycznych, opisów rtg, wyników badań, kart wypisowych ze szpitala, kartotek z Poradni Specjalistycznych i Poradni Rejonowej, opinii i orzeczeń psychologicznych oraz wyników badań psychologicznych,
 - kserokopie posiadanych orzeczeń o inwalidztwie, niepełnosprawności – w tym w szczególności posiadanego orzeczenia Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Nowym Sączu,
 - do wglądu dowód osobisty (aktualny) lub inny dokument potwierdzający tożsamość - paszport
 - kserokopię ostatecznego orzeczenia Wojewódzkiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie lub Wyroku Sądu, w przypadku odwołania się od orzeczenia Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności

* właściwe zaznaczyć

* * w przypadku osoby niepełnoletniej (między 16 a 18 rokiem życia) wniosek podpisuje osoba zainteresowana oraz jej przedstawiciel ustawowy