

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:
3. Składałem (nie składałem)* uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:
Kiedy
Z jakim skutkiem
4. 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 .
5. Jestem świadom/a/ konieczności osobistego uczestnictwa w posiedzeniu składu orzekającego, rozpatrującego moją sprawę /§ 8 pkt 2 rozporządzenia MPGiPS z dnia 15 lipca 2003 r. /Dz.U. Nr 139, poz.1328/
6. Zobowiązuję się do informowania Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w (zgodnie z art. 41 KPA) o zmianie adresu lub miejsca pobytu.

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

PO UZYSKANIU PEŁNYCH INFORMACJI, ŚWIADOMIE WYBRAŁEM TRYB ORZEKANIA ZGODNIE Z ART. 5A USTAWY O REHABILITACJI ZAWODOWEJ I SPOŁECZNEJ ORAZ ZATRUDNIENIU OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH Z DNIA 27 SIERPNI 1997 R. (DZ.U. 123 POZ.774 Z PÓŹN. ZM.)

.....
(podpis osoby zainteresowanej)

Załączniki:

- 1/ Dokumentacja medyczna, mogaca mieć wpływ na określenie wskazań do ulg i uprawnień /wzrok, słuch, mowa, narząd ruchu/
- 2/ Zaświadczenie lekarskie zawierające opis stanu zdrowia wydanego przez lekarza pod opieką, którego znajduje się osoba
- 3/ Dokumentacja psychologiczna
- 4/ kserokopia prawomocnego wypisu z orzeczenia oraz orzeczenia o stanie zdrowia sporządzonego przez KiZ, lub lekarza orzecznika ZUS
- 5/ inne dokumenty (jakie)

* niepotrzebne skreślić