

b) zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

- | | | |
|---|--------------|----------|
| - wykonywanie czynności samoobsługowych | samodzielnie | z pomocą |
| - prowadzenie gospodarstwa domowego | samodzielnie | z pomocą |
| - poruszanie się w środowisku | samodzielnie | z pomocą |

2. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego (jakiego ?)

3. Sytuacja zawodowa:

- wykształcenie.....
- zawód wyuczony
- obecne zatrudnienie.....

Oświadczam, że

a). pobieram (nie pobieram)* świadczenie z ubezpieczenia społecznego:

jakie.....
od kiedy

b). aktualnie toczy się (nie toczy się)* w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym, podać jakim

c). posiadam orzeczenie, z tytułu:

- częściowej niezdolności do pracy
- całkowitej niezdolności do pracy
- niezdolności do samodzielnej egzystencji,
- I grupy • II grupy • III grupy inwalidzkiej (KiZ)

d). składałem (nie składałem)* uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:

jeżeli tak, to kiedy ?.....
z jakim skutkiem ?

W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydawane przez **lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego**, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

W załączeniu przedkładam:*

1. Orzeczenie o inwalidztwie lub niezdolności do pracy (kserokopia)
2. Posiadaną dokumentację medyczną (kserokopia)
3. Ksero dokumentu tożsamości

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

Jelenia Góra, dnia

podpis osoby zainteresowanej lub
jej przedstawiciela ustawowego

Pouczenie:

Zgodnie z Art.5a ust.4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123 z dn. 27 sierpnia 1997 r. z późn. zm.), od orzeczenia wydanego na niniejszy wniosek nie przysługuje odwołanie.

* niepotrzebne skreślić

Imię i nazwisko wypełnić literami drukowanymi