

II. CEL, dla którego niezbędne jest wydanie orzeczenia:

- zaznaczyć **X** we właściwych kratkach:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. odpowiedniego zatrudnienia | <input type="checkbox"/> 8. ubiegania się o zasiłek pielęgnacyjny |
| <input type="checkbox"/> 2. szkolenia | <input type="checkbox"/> 9. spełnienia przesłanek określonych w art. 8 ust. 3a pkt 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. - Prawo o ruchu drogowym |
| <input type="checkbox"/> 3. zatrudnienia w Zakładzie Aktywności Zawodowej | <input type="checkbox"/> 10. prawo do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju |
| <input type="checkbox"/> 4. uczestnictwa w Warsztatach Terapii Zajęciowej | <input type="checkbox"/> 11. inne..... |
| <input type="checkbox"/> 5. konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne/ środki pomocnicze/ pomoce techn. | <input type="checkbox"/> 12. CEL PODSTAWOWY: pkt |
| <input type="checkbox"/> 6. korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, | |
| <input type="checkbox"/> 7. ubiegania się o zasiłek stały | |

III. UZASADNIENIE WNIOSKU *:

1. Sytuacja społeczna: stan cywilny..... stan rodzinny.....

2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania

	samodzielnie	z pomocą	opieka
❖ wykonywanie czynności samoobsługowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
❖ prowadzenie gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
❖ poruszanie się w środowisku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego

	niezbędne	wskazane	zbędne
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Sytuacja zawodowa: wykształcenie.....zawód.....

obecne zatrudnienie.....

IV. OŚWIADCZAM, że: (*wypełnić lub zaznaczyć X we właściwych kratkach)

- pobieram świadczenie. Jeżeli tak: wpisać jakie i jakiego organu
lub / nie pobieram świadczenia
- składałem wcześniej wniosek o wydanie orzeczenia.
Jeżeli „TAK” to kiedy..... z jakim skutkiem.....lub
 nie składałem uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności
- mogę lub nie mogę samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego
- zostałem pouczone o treści art. 41 § 1 Kpa (Dz. U. z 2013 r. poz. 267 z późn. 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.*

V. Załączniki do wniosku:

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. 1997 r. Nr 88, poz. 553 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 do lat 3,*
- 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.*

Data: Podpis osoby 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).....

*zaznaczyć X w odpowiedniej kratce

.....
podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie