

wypełniają pracownicy PZON w Tychach

Braki	wniosek kompletny <input type="checkbox"/>	braki <input type="checkbox"/>	sprawdzono poprawność danych z dowodem tożsamości <input type="checkbox"/>
.....	nr w sprawy w archiwum podpis pracownika

Uwaga: Należy wypełniać czytelnie pismem maszynowym lub odręcznie - drukowanymi literami

....., dnia ____ - ____ - ____ r.

1. DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ

1.1	Nazwisko	1.2	Imię
1.3	Data urodzenia	1.4	Miejsce urodzenia
1.5	wiek		
1.6	Adres miejsca zamieszkania/pobytu		
	Miejscowość	Kod pocztowy	Gmina
	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
	Adres do korespondencji osoby wnioskującej (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż podany wyżej)		Telefon
1.7	Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> legitymacja szkolna <input type="checkbox"/> inne	1.8	Seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość
		1.9	PESEL

2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (wypełniają opiekunowie osób niepełnoletnich lub ubezwłasnowolnionych)

2.1	Nazwisko i imię		
2.2	Adres,		
2.3	Numer i seria dokumentu tożsamości	2.4	PESEL

3. CEL

3.1 Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień dla celów:

<input type="checkbox"/> odpowiedniego zatrudnienia; <input type="checkbox"/> szkolenia, w tym specjalistycznego; <input type="checkbox"/> uczestnictwa w terapii zajęciowej; <input type="checkbox"/> zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne; <input type="checkbox"/> korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji;	<input type="checkbox"/> uzyskania zasiłku stałego; <input type="checkbox"/> uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego; <input type="checkbox"/> korzystania z karty parkingowej; <input type="checkbox"/> określenia prawa do zamieszkania w oddzielnym pokoju; <input type="checkbox"/> uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego; <input type="checkbox"/> inne, jakie:.....
---	--

3.2 Cel główny: /wskazać tylko jeden z powyższych/

4. POSIADAM (wypełnić właściwy punkt):

4.1 orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w
wydanego dnia.....na okres..... (na trwałe) o:

częściowej niezdolności do pracy
 całkowitej niezdolności do pracy
 niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji
 niezdolności do samodzielnej egzystencji

4.2 orzeczenie Komisji do Spraw Inwalidztwa i Zatrudnienia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w.....
wydanego dnia.....na okres.....(na trwałe)
o zaliczeniu do

I grupy inwalidzkiej II grupy inwalidzkiej III grupy inwalidzkiej

4.3 orzeczenie lekarza rzeczoznawcy Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w.....
wydanego dnia..... na okres(na trwałe) o:

stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym z prawem do zasiłku pielęgnacyjnego
 stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym bez prawa do zasiłku pielęgnacyjnego.

5. SYTUACJA ZAWODOWA:	
4.4	Wykształcenie zawód wyuczony.....
4.5	Obecne zatrudnienie: <input type="checkbox"/> NIE zawód ostatnio wykonywany <input type="checkbox"/> TAK otwarty rynek pracy / zakład pracy chronionej / zakład aktywności zawodowej / inne* <small>(*właściwe podkreślić)</small> zawód wykonywany..... lata pracy w obecnym zawodzie.....
6. W ZAŁĄCZENIU DO WNIOSKU PRZEDKŁADAM:	
6.1	Posiadane orzeczenie / wypis z treści orzeczenia- kserokopia (<i>oryginał należy przedłożyć do wglądu</i>)
6.2	Dokumentację medyczną
6.3	Inne dokumenty (podać jakie)

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

Miejsce na dodatkowe oświadczenia strony (*wypełnić w razie potrzeby uzupełnienia informacji we wniosku*)

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

_____ podpis

.....
Data wypełnienia wniosku

.....
Czytelny podpis osoby wnioskującej
(lub jej przedstawiciela ustawowego / pełnomocnika)

UWAGA !

PROSZĘ ZAPOZNAĆ SIĘ Z INFORMACJAMI UMIESZCZONYMI PONIŻEJ:

Do wniosku należy załączyć kserokopię (oryginały do wglądu) posiadanej dokumentacji medycznej: karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych, aktualne opinie psychologiczne (2 lata), orzeczenia o konieczności kształcenia indywidualnego lub specjalnego oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie wskazań do ulg i uprawnień.

Od wydanego orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień nie przysługuje odwołanie.

Wniosek wraz z posiadaną dokumentacją medyczną należy złożyć w siedzibie Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Tychach ul. Budowlanych 59 w Punkcie Obsługi Klienta.

PRZY SKŁADANIU WNIOSKU NALEŻY OKAZAĆ DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY TOŻSAMOŚĆ OSOBY, KTÓREJ WNIOSEK DOTYCZY dowód osobisty, paszport

<u>GODZINY PRZYJEĆ :</u>	poniedziałek - środa	od 8⁰⁰	do 14⁰⁰
	czwartek	od 8⁰⁰	do 17⁰⁰
	piątek	od 8⁰⁰	do 13⁰⁰

Dodatkowe informacje i pomoc w wypełnieniu wniosku można uzyskać pod numerem telefonu (032) 438-20-50