

c) obecne zatrudnienie:

-miejsce zatrudnienia:

- wykonywany zawód:

Oświadczam, że:

1. **pobieram / nie pobieram*** świadczenia z ubezpieczenia społecznego, tj. renta/emerytura, *, jeżeli tak to od kiedy.....
2. aktualnie **toczy się / nie toczy się*** w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznym lub sądem powszechnym (podać jakim):
3. **składałem(am) / nie składałem(am)*** uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności, jeżeli tak, to kiedy, z jakim skutkiem
4. **mogę / nie mogę*** przybyć na posiedzenie składu orzekającego (*jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej lub długotrwałej choroby*)
5. w razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza, **jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**
6. jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, przewodniczący Zespołu zawiadamia na piśmie o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
7. **zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie.** W razie zaniedbania tego obowiązku doręczenie pism pod dotychczasowy adres ma skutek prawny
8. **dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy**
9. **wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności jest autentyczna i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów**
10. **wyrażam** zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. Administratorem przetwarzanych danych osobowych jest Przewodniczący Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Białymstoku, ul. Waryńskiego 32A.

***właściwe zaznaczyć**

.....
czytelny podpis osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego/ pełnomocnika

Dotyczy wniosków składanych za pośrednictwem Instytucji Pomocy Społecznej

Oświadczam, że wyrażam zgodę na złożenie wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności przez

.....

.....
stwierdzenie własnoręcznego podpisu
przez pracownika socjalnego

.....
czytelny podpis osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego

UWAGA: Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności należy złożyć:

- ✓ Czytelnie podpisany oryginał wniosku (**dokładnie wypełnić każdą rubrykę**),
- ✓ Oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wydanego przez lekarza leczącego nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku (**dokument jest ważny przez 30 dni od daty wystawienia przez lekarza**),
- ✓ **Kserokopie poświadczone za zgodność z oryginałem lub kserokopie i oryginały do wglądu**, wszelkiej dokumentacji, potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności, np.: karty informacyjne z leczenia szpitalnego, historia choroby, badania specjalistyczne, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie,
- ✓ **Kserokopie i oryginały do wglądu**, poprzednich orzeczeń o stopniu niepełnosprawności.
- ✓ Dokument potwierdzający fakt dokonania zgłoszenia zameldowania na pobyt stały w Rzeczypospolitej Polskiej, np. zaświadczenie o zameldowaniu (*dotyczy cudzoziemców*)
- ✓ **Oświadczenie o miejscu pobytu stałego** (wypełnia się w sytuacji, kiedy w przedstawionym do wglądu dokumencie tożsamości brak jest adresu zameldowania)

....., data.....

stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb
Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
w Białymstoku

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Numer i seria dowodu osobistego (paszportu)

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby:

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

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

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje; czas trwania; pobyty w szpitalu, sanatorium:

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

5. Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

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

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:

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

7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)

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

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

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

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną?

.....
.....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta? **Tak / Nie***

W/w Pan(i) **wymaga / nie wymaga*** opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w Pan(i) jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności. **Tak / Nie***

U w/w Pana (i) nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia ** **Tak / Nie***

.....
*stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie*

* niepotrzebne skreślić

** dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie

Adnotacja zakładu pracy chronionej

Zakład pracy chronionej przejmuje odpowiedzialność za uzupełnienie koniecznej do oceny stanu zdrowia orzekanego dokumentacji medycznej.

.....
pieczętka zakładu pracy chronionej

.....
*pieczętka i podpis lekarza wystawiającego
zaświadczenie*