

Wniosek
o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
(dotyczy osób powyżej 16 roku życia)Nr sprawy: **PZON.8321.1.** **.2024**

Uwaga! Pola w rubrykach należy wypełnić czytelnie, pismem drukowanym, dużymi literami!
Wniosek o ponowne ustalenie stopnia niepełnosprawności złożyć można najwcześniej
30 dni przed upływem ważności poprzedniego orzeczenia!

DANE OSOBOWE OSOBY ZAINTERESOWANEJ:

NAZWISKO																						
IMIĘ 1																						
IMIĘ 2																						
PESEL																						
PLEĆ	M	/	K	Odpowiednio zaznaczyć																		
DATA URODZENIA			-			-																WPISAĆ CYFRAMI: dzień/miesiąc/rok
MIEJSCE URODZENIA																						
OBYWATELSTWO																						
SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI																						
RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI	<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> prawo jazdy <input type="checkbox"/> legitymacja szkolna <input type="checkbox"/> odpis skrócony aktu urodzenia																					

UWAGA! Osoba legitymująca się dowodem osobistym, którego wzór nie zawiera informacji o miejscu zameldowania zobowiązana jest wypełnić oświadczenie o miejscu pobytu stałego – 4. strona niniejszego wniosku.

ADRES ZAMELDOWANIA OSOBY ZAINTERESOWANEJ:

MIEJSCOWOŚĆ																						
ULICA, NR DOMU, LOKALU																						
KOD POCZTOWY			-																			
POCZTA																						
TELEFON KONTAKTOWY																						

Inny sposób ułatwiający kontakt z wnioskodawcą (e-mail, fax):

ADRES POBYTU OSOBY ZAINTERESOWANEJ (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania)
UWAGA! TEN ADRES JEST TAKŻE ADRESEM DO DORECZEŃ KORESPONDENCJI

MIEJSCOWOŚĆ																						
ULICA, NR DOMU, LOKALU																						
KOD POCZTOWY			-																			
POCZTA																						

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO*(WYŁĄCZNIE w przypadku wniosków osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych)*

NAZWISKO																							
IMIĘ 1																							
IMIĘ 2																							
PESEL																							
PLEĆ	M	/	K	Odpowiednio zaznaczyć																			
DATA URODZENIA			-			-																	WPISAĆ CYFRAMI: dzień/miesiąc/rok
MIEJSCE URODZENIA																							
OBYWATELSTWO																							
SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI																							
RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI	<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> prawo jazdy <input type="checkbox"/> legitymacja szkolna <input type="checkbox"/> odpis skrócony aktu urodzenia																						

ADRES ZAMELDOWANIA/POBYTU PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO*(WYŁĄCZNIE w przypadku wniosków osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych)*

MIEJSCOWOŚĆ																				
ULICA, NR DOMU, LOKALU																				
KOD POCZTOWY			-																	
POCZTA																				
TELEFON KONTAKTOWY																				

ADRES POBYTU PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO *(wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania) UWAGA! TEN ADRES JEST TAKŻE ADRESEM DO DORECZEŃ KORESPONDENCJI*

MIEJSCOWOŚĆ																				
ULICA, NR DOMU, LOKALU																				
KOD POCZTOWY			-																	
POCZTA																				

ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA CELÓW:*Zaznaczyć X*

<input type="checkbox"/> odpowiedniego zatrudnienia
<input type="checkbox"/> szkolenia
<input type="checkbox"/> uczestnictwa w terapii zajęciowej
<input type="checkbox"/> konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
<input type="checkbox"/> korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
<input type="checkbox"/> uzyskania prawa do karty parkingowej
<input type="checkbox"/> korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
<input type="checkbox"/> uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
<input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
<input type="checkbox"/> zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
<input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
<input type="checkbox"/> korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
<input type="checkbox"/> inne – wymienić jakich: np. korzystanie z rehabilitacji

DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ:*Zaznaczyć X*

STAN CYWILNY	<input type="checkbox"/> kawaler / panna <input type="checkbox"/> żonaty / zamężna <input type="checkbox"/> separowany / separowana <input type="checkbox"/> wdowiec / wdowa <input type="checkbox"/> rozwiedziony / rozwiedziona
WYKONYWANIE CZYNNOŚCI SAMOBSŁUGOWYCH <i>(wykonywanie podstawowych czynności, takich jak: mycie, ubieranie, załatwianie potrzeb fizjologicznych itp.)</i>	<input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> z pomocą <input type="checkbox"/> opieka
PORUSZANIE SIĘ <i>(chodzenie)</i>	<input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> z pomocą <input type="checkbox"/> opieka
PROWADZENIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO <i>(domu)</i>	<input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> z pomocą <input type="checkbox"/> opieka
WYKSZTAŁCENIE	<input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> zasadnicze <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe nieukończone i bez wyksz. szkolnego

ZAWÓD WYUCZONY:	
CZY AKTUALNIE WYKONUJE PRACĘ? (właściwie zaznaczyć X)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY
ZAWÓD WYKONYWANY (jeżeli pracuje):	

OŚWIADCZENIA:

CZY POBIERA ŚWIADCZENIE Z UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO? (właściwie zaznaczyć X)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
NAZWA POBIERANEGO ŚWIADCZENIA (jeżeli pobiera właściwie zaznaczyć X)	<input type="checkbox"/> emerytura <input type="checkbox"/> renta rodzinna <input type="checkbox"/> świadczenie rehabilitacyjne <input type="checkbox"/> renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy <input type="checkbox"/> renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy <input type="checkbox"/> renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy <input type="checkbox"/> renta rolnicza szkoleniowa <input type="checkbox"/> wojskowa renta inwalidzka <input type="checkbox"/> policyjna renta inwalidzka <input type="checkbox"/> renta inwalidzka z powodu inwalidztwa I grupy <input type="checkbox"/> renta inwalidzka z powodu inwalidztwa II grupy <input type="checkbox"/> renta inwalidzka z powodu inwalidztwa III grupy

CZY <u>ZE WZGLĘDU NA STAN ZDROWIA</u> OSOBA ZAINTERESOWANA MOŻE/NIE MOŻE PRZYBYĆ NA POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJĄCEGO?	Zaznaczyć X <input type="checkbox"/> może
	<input type="checkbox"/> nie może

Wniosek składam ze względu na:

Zaznaczyć X

PIERWSZY WNIOSEK (nigdy nie byłam/em orzekana/y przez Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności)	<input type="checkbox"/>
ZMIANA STANU ZDROWIA W TRAKCIE WAŻNOŚCI DOTYCHCZASOWEGO ORZECZENIA (wydanego przez Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności)	<input type="checkbox"/>
PONOWNE WYDANIE ORZECZENIA PO UPŁYWIE WAŻNOŚCI DOTYCHCZASOWEGO (wydanego przez Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności)	<input type="checkbox"/>
KOLEJNY WNIOSEK (byłam/em orzekana/y przez Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności, ale nie zostałam/em zaliczona/y do stopnia niepełnosprawności)	<input type="checkbox"/>

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

JESTEM ŚWIADOMY, ŻE AKTA SPRAWY BĘDĄ PRZEKAZYWANE WOJEWÓDZKIEMU ZESPOŁOWI DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W ŁODZI I SĄDOM Powszechnym w przypadku odwołań.

....., dnia

(miejscość)

.....

(podpis z imienia i nazwiska osoby zainteresowanej lub przedstawiciela ustawowego)

INFORMACJE DODATKOWE:

- składając wniosek należy okazać **dokument potwierdzający tożsamość** osoby zainteresowanej, wymieniony we wniosku,
- w przypadku osób legitymujących się **dowodem osobistym, którego wzór nie zawiera informacji o miejscu zameldowania** należy wypełnić oświadczenie o miejscu pobytu stałego,
- do wniosku dołącza się **dokumentację medyczną** i inne dokumenty medyczne mogące mieć wpływ na ustalenie wskazań do ulg i uprawnień (przyjmujemy wyłącznie kopie tych dokumentów – potwierdzone za zgodność z oryginałem przez placówkę służby zdrowia lub należy okazać oryginały przy składaniu wniosku),
- jeżeli wniosek składa opiekun prawny, to należy załączyć **postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego**,
- właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca pobytu** w przypadku osób:
 - bezdolnych,
 - przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych,
 - przebywających w zakładach karnych i poprawczych,
 - przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.
- właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca stałego pobytu** w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych.

**WYPEŁNIEĆ WYŁĄCZNIE PRZYPADKU OSÓB LEGITYMUJĄCYCH SIĘ DOWODEM OSOBISTYM,
KTÓREGO WZÓR NIE ZAWIERA INFORMACJI O MIEJSCU ZAMIESZKANIA.**

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)¹

.....
(miejscowość, data)

.....
(nr PESEL)

OŚWIADCZENIE
o miejscu pobytu stałego

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. *o ewidencji ludności* (t. j. Dz. U. z 2021 r., poz. 510 ze zm.), zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że moim miejscem pobytu stałego/ miejscem pobytu stałego dziecka/ miejscem pobytu stałego osoby w imieniu której składam wniosek² jest:

.....
(adres miejsca pobytu stałego)

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (t. j. Dz. U. z 2021 r. poz. 2345 ze zm.) – *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 od 6 miesięcy do lat 8* potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

.....
(podpis)

¹ Osoba, której dotyczy wniosek o wydanie orzeczenia.

² Niepotrzebne skreślić.

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość

Data

Uwaga! Zaświadczenie jest ważne przez okres 30 dni od daty wystawienia do daty złożenia.

**Zaświadczenie winno być wypełnione w całości (RÓWNIEŻ DANE OSOBOWE)
WYŁĄCZNIE PRZEZ LEKARZA WYSTAWIAJĄCEGO.**

**Brak pieczętek podmiotu wystawiającego lub/i podpisu lekarza, daty oraz
PEŁNYCH danych osobowych pacjenta powoduje nieważność zaświadczenia.**

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Numer ewidencyjny PESEL

Nr i seria dow. osob. (lub innego dok. potwierdzającego tożsamość,
np. akt urodzenia, legitymacja szkolna, paszport)

Adres zamieszkania lub pobytu

.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie i **ZAŁĄCZONYCH** do zaświadczenia (prosimy wskazać konkretne dokumenty medyczne stanowiące dowody w sprawie – zapis ogólny pt. historia choroby jest nieprawidłowy):

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, **ZAŁĄCZONYCH** do zaświadczenia (prosimy wskazać konkretne dokumenty medyczne stanowiące dowody w sprawie – zapis ogólny pt. historia choroby jest nieprawidłowy):

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

tak nie

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (rok)

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (rok)

Czy pacjent wymaga nie wymaga opieki drugiej osoby ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji?

Czy pacjent z powodu stanu zdrowia jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego rozpatrującego wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności?

jest zdolny do odbycia podróży.

jest trwale niezdolny do odbycia podróży, z uwagi na:.....

.....
.....

Uwaga: jeżeli pacjent jest trwale niezdolny do odbycia podróży należy ten fakt uzasadnić (w przypadku braku merytorycznego uzasadnienia wnioskodawca zostanie wezwany na posiedzenie składu orzekającego).

.....
(pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)

Podstawa prawna: § 3 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z 2021 r., poz. 857).

Kserokopie dokumentów medycznych – wyników badań, konsultacji pozostających w oryginałach w dokumentacji medycznej pacjenta u lekarza – prosimy potwierdzić za zgodność z oryginałem!

Spis dokumentów medycznych

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

załączonych do wniosku

(ułożyć według daty sporządzenia)

lp.	nazwa dokumentu medycznego	data sporządzenia

Pajęczno, dnia.....

.....
(czytelny podpis osoby zainteresowanej lub przedstawiciela ustawowego)

Nie przyjmujemy oryginałów dokumentów medycznych – wyłącznie kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem. Kopię potwierdza placówka służby zdrowia lub pracownik zespołu po okazaniu oryginału dokumentu.

UWAGA: Uwierzytelnienie za zgodność z oryginałem następuje poprzez przystawienie (na każdej stronie) przez osobę upoważnioną:

1. pieczęci urzędowej „za zgodność z oryginałem”, a w przypadku wydruków komputerowych „za zgodność wydruku”,
2. oznaczenie daty oraz funkcji czy stanowiska i podpisanie (przez osobę upoważnioną),
3. pieczęci nagłówkowej organu.

Dokumentacja prowadzona w postaci elektronicznej udostępniona w postaci papierowych wydruków (dokumenty opatrzone wyłącznie podpisem elektronicznym, wydruki komputerowe bez odręcznych podpisów) również wymaga **uwierzytelnienia** – zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia (w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania) zgodność dokumentacji udostępnianej w formie wydruku potwierdza osoba upoważniona przez podmiot, który ją sporządził).

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych

Zgodnie z art. 13, art. 26 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwane dalej RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Przewodniczący Powiatowego Zespołu do spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Pajęcznie z siedzibą przy ul. Wiśniowej 26, 98-330 Pajęczno.
2. W sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych można skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Panem Wojciechem Tkaczyńskim, poprzez e-mail: iodo@powiatpajeczno.pl, telefonicznie dzwoniąc pod nr tel. 34 3113120 lub pisemnie na adres Administratora.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań:
 - a) na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO (obowiązek wynikający z przepisów prawa);
 - b) rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności;
 - c) rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2014 r. w sprawie wzoru oraz trybu wydawania i zwrotu kart parkingowych;
 - d) ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
4. W uzasadnionych przypadkach, może Pani/Pan zostać poproszona o wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych, zgodnie z art. 6 ust.1 lit. a RODO.
5. W związku z przetwarzaniem w celu wskazanym powyżej odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie odpowiednie podmioty według właściwości postępowania na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
6. Dane osobowe będą przechowywane w okresie niezbędnym do spełnienia celu, dla którego zostały zebrane lub w okresie wskazanym przepisami prawa. Po spełnieniu celu, dla którego dane zostały zebrane, będą przechowywane w celach archiwalnych określonych przepisami prawa, zgodnie z zapisami Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
7. W związku z przetwarzaniem przez Administratora danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo do dostępu do treści swoich danych oraz z zastrzeżeniem przepisów prawa, prawo żądania ich: sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.
8. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania jest zgoda, ma Pan/Pani prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych do momentu jej wycofania.
9. W przypadku uznania, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do zrealizowania Pani/Pana wniosku. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości rozpatrzenia sprawy i realizacji wniesionego żądania.
11. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

**POWIATOWY ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA
o NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI w PAJĘCZNI**

Dane kontaktowe:

98-330 Pajęczno, ul. Wiśniowa 26
tel. 34 390-72-53, kom. 662 083 411
e-mail: pzon@powiatpajeczno.pl

Do wniosku o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (przy składaniu należy okazać dokument potwierdzający tożsamość wymieniony we wniosku) załącza się:

- ▶ zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia (wystawione przez lekarza prowadzącego – ważne jest przez okres 30 dni od daty wystawienia do daty złożenia);
- ▶ **dokumenty medyczne z przebiegu leczenia – możliwie szeroka, AKTUALNA dokumentacja medyczna odzwierciedlająca schorzenia, które wywołują ograniczenia funkcjonalne, tj. aktualne wyniki badań (istotne dla schorzenia), wypisy ze szpitala, karty zdrowia (historia choroby) itp. – kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem lub kopie i oryginały do wglądu,**
 - w przypadku schorzeń dotyczących kregosłupa opisy zdjęć RTG;
 - w przypadku cukrzycy aktualne (nie starsze niż 3 miesiące) wyniki badań: dno oka, poziom cukru we krwi, badanie ogólne moczu, EKG, poziom kreatyniny;
 - w przypadku nadciśnienia tętniczego aktualne wyniki badań: dno oka, EKG;
 - w przypadku chorób serca aktualne wyniki badań: echokardiografia, EKG;
 - w przypadku astmy i schorzeń alergologicznych aktualne testy alergiczne, spirometria, gazometria;
 - w przypadku epilepsji (padaczki) aktualne EEG;
 - w przypadku zaburzeń słuchu aktualny audiogram;
 - w przypadku chorób oczu aktualne badania okulistyczne (pole widzenia, ostrość wzroku, dno oka);
 - w przypadku upośledzenia umysłowego aktualna opinia psychologiczna, orzeczenia psychologiczne;

W przypadku, gdy osoba składająca wniosek posiada lub posiadała orzeczenie z KRUS-u, ZUS-u i innych organów należy do wniosku dołączyć kserokopie tego orzeczenia (tych orzeczeń) i okazać oryginał do wglądu.

UWAGA:

Nie przyjmujemy oryginałów dokumentów medycznych – wyłącznie kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem.

Kopię potwierdza placówka służby zdrowia lub pracownik zespołu po okazaniu oryginału dokumentu.

Uwierzytelnienie za zgodność z oryginałem następuje poprzez przystawienie (na każdej stronie) przez osobę upoważnioną:

1. pieczęci urzędowej „za zgodność z oryginałem”, a w przypadku wydruków komputerowych „za zgodność wydruku”,
2. oznaczenie daty oraz funkcji czy stanowiska i podpisanie (przez osobę upoważnioną),
3. pieczęci nagłówkowej organu.

Dokumentacja prowadzona w postaci elektronicznej udostępniona w postaci papierowych wydruków (dokumenty opatrzone wyłącznie podpisem elektronicznym, wydruki komputerowe bez odręcznych podpisów) również wymaga uwierzytelnienia – zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia (w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania) zgodność dokumentacji udostępnianej w formie wydruku potwierdza osoba upoważniona przez podmiot, który ją sporządził).