

INFORMACJA DOTYCZĄCA OSOBY ORZEKANEJ

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

INFORMACJA SOCJALNO-SPOŁECZNA**Sytuacja rodzinna** (należy wskazać ilość osób wspólnie zamieszkujących, źródło dochodu itp.):.....
.....
.....

Czy wymaga Pan/Pani pomocy/opieki drugiej osoby? (należy wskazać osoby udzielające pomocy/sprawujące opiekę oraz jak często jest udzielana np. opieka całodobowa, kilka godzin dziennie/tygodniowo oraz w jakim zakresie np. kąpiel, zakupy, itp.)

.....
.....
.....**Warunki mieszkaniowe** (należy wskazać rodzaj budynku, ilość pokoi, piętro, dostęp do windy, łazienka wyposażona w wannę czy kabinę prysznicową, dostępność mediów, w tym potrzeba dostosowania mieszkania do występujących ograniczeń):
.....
.....
.....**Korzystanie ze wsparcia** np. ze strony sąsiadów, przyjaciół, instytucji, stowarzyszeń, organizacji, ośrodka pomocy społecznej, pielęgniarstwa środowiskowego, hospicja, itp. Należy wskazać z jakich form wsparcia i jak często osoba korzysta.

.....

Zdolność w zakresie samoobsługi:**Utrzymanie higieny osobistej:**

Mycie przy umywalce	<input type="radio"/> samodzielnie	<input type="radio"/> z pomocą	<input type="radio"/> całkowite uzależnienie
Kąpiel w wannie/pod prysznicem	<input type="radio"/> samodzielnie	<input type="radio"/> z pomocą	<input type="radio"/> całkowite uzależnienie
Kontrola czynności fizjologicznych	<input type="radio"/> samodzielnie	<input type="radio"/> ograniczenia	<input type="radio"/> brak kontroli

Należy wskazać rodzaj ograniczeń oraz zakres udzielanej pomocy/sprawowanej opieki oraz wskazać niezbędny sprzęt rehabilitacyjny, środki ortopedyczne i pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie:

.....
.....

Ubieranie i rozbieranie się;

Przygotowanie ubrań	<input type="radio"/> samodzielnie	<input type="radio"/> z pomocą	<input type="radio"/> całkowite uzależnienie
Zakładanie i zdejmowanie ubrań	<input type="radio"/> samodzielnie	<input type="radio"/> z pomocą	<input type="radio"/> całkowite uzależnienie

Należy wskazać rodzaj ograniczeń oraz zakres udzielanej pomocy/sprawowanej opieki np. trudności w zapięciu guzików, sznurowaniu butów itp.:

.....
.....

Odżywianie:

Przygotowanie posiłków	<input type="radio"/> samodzielnie	<input type="radio"/> z pomocą	<input type="radio"/> całkowite uzależnienie
Spożywanie posiłków	<input type="radio"/> samodzielnie	<input type="radio"/> z pomocą	<input type="radio"/> całkowite uzależnienie

Należy wskazać rodzaj ograniczeń oraz zakres udzielanej pomocy/sprawowanej opieki:

.....
.....

Zdolność do poruszania się:

Wstawanie z łóżka, wstawanie, siadanie,	<input type="radio"/> samodzielnie	<input type="radio"/> z pomocą	<input type="radio"/> całkowite uzależnienie
Chodzenie po schodach	<input type="radio"/> samodzielnie	<input type="radio"/> z pomocą	<input type="radio"/> całkowite uzależnienie
Poruszanie się w obrębie mieszkania/domu	<input type="radio"/> samodzielnie	<input type="radio"/> z pomocą	<input type="radio"/> całkowite uzależnienie
Poruszanie się poza mieszkaniem/ domem	<input type="radio"/> samodzielnie	<input type="radio"/> z pomocą	<input type="radio"/> całkowite uzależnienie

Należy wskazać rodzaj ograniczeń oraz zakres udzielanej pomocy/sprawowanej opieki oraz wskazać rodzaj używanego sprzętu ortopedycznego: kule, balkonik, wózek inwalidzki itp.:

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

Zdolność w zakresie komunikowania się:

Zdolność do słyszenia	<input type="radio"/> pełna	<input type="radio"/> ograniczona
Zdolność do widzenia	<input type="radio"/> pełna	<input type="radio"/> ograniczona
Zdolność do kontaktu słownego, rozumienia mowy	<input type="radio"/> pełna	<input type="radio"/> ograniczona

Należy wskazać rodzaj ograniczeń oraz zakres udzielanej pomocy/sprawowanej opieki oraz wskazać przedmioty ortopedyczne, pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie np. aparat słuchowy, okulary itp.:

.....
.....

Zdolność do prowadzenia gospodarstwa domowego:

Zakupy	<input type="radio"/> samodzielnie	<input type="radio"/> z pomocą	<input type="radio"/> całkowite uzależnienie
Sprzątanie	<input type="radio"/> samodzielnie	<input type="radio"/> z pomocą	<input type="radio"/> całkowite uzależnienie

Należy wskazać rodzaj ograniczeń oraz zakres udzielanej pomocy/sprawowanej opieki.:

.....

.....

.....

Funkcjonowanie strefy poznawczej:

Umiejętność przedstawienia się	<input type="radio"/> brak ograniczeń	<input type="radio"/> ograniczenia
Orientacja w czasie i miejscu	<input type="radio"/> brak ograniczeń	<input type="radio"/> ograniczenia
Rozpoznawanie bliskich osób	<input type="radio"/> brak ograniczeń	<input type="radio"/> ograniczenia
Logiczne odpowiedzi na pytania	<input type="radio"/> brak ograniczeń	<input type="radio"/> ograniczenia

Należy wskazać rodzaj ograniczeń oraz zakres udzielanej pomocy/sprawowanej opieki.:

.....

.....

.....

INFORMACJA ZAWODOWA**Wykształcenie:**

Niepełne podstawowe Podstawowe Gimnazjalne Zawodowe Średnie Wyższe

Typ szkoły;

Szkoła ogólnodostępna Szkoła specjalna

Wyuczony zawód:

Zdobyte kwalifikacje /kursy, zdobyte uprawnienia, szkolenia, praktyki itp./

.....

.....

Znajomość obsługi komputera:

Brak znajomości Słaba Dobra Bardzo dobra

Prawo jazdy : nie posiada posiada /kategorie/

Języki obce: brak znajomości posiada znajomość /opisać jakie i w jakim stopniu/

.....

.....

Staż pracy:

Wykonywane zawody:

.....

.....

Aktualne miejsce pracy i zajmowane stanowisko /forma zatrudnienia/ :

Przyczyna i czas ustania ostatniego zatrudnienia:

Plany dotyczące zatrudnienia:

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

W związku z :

- § 2 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 marca 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności z dnia 26 marca 2020 r. (Dz. U. z 2020 r. poz. 534):

1. Z przyczyn związanych ze zwalczaniem zakażenia, zapobieganiem rozprzestrzenianiu się, profilaktyką oraz zwalczaniem skutków choroby zakaźnej wywołanej wirusem SARS-CoV-2, w okresie od dnia 8 marca 2020 r. do upływu 90. dnia od dnia odwołania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, w przypadku gdy lekarz:

- 1) przewodniczący składu orzekającego uzna dołączoną do wniosku dokumentację medyczną za wystarczającą do wydania oceny, ocena może być wydana bez badania, o którym mowa w § 8 ust. 1 rozporządzenia zmienianego w § 1;
- 2) członek powiatowego zespołu uzna dołączoną do wniosku dokumentację medyczną za wystarczającą do wydania oceny, ocena może być wydana bez badania, o którym mowa w § 8 ust. 2 rozporządzenia zmienianego w § 1.

2. W przypadku określonym:

1) w ust. 1 pkt 1, skład orzekający może rozpoznać sprawę i wydać orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności bez uczestnictwa w posiedzeniu składu orzekającego osoby zainteresowanej lub dziecka i jego przedstawiciela ustawowego;

2) w ust. 1 pkt 2, lekarz - członek powiatowego zespołu może rozpoznać sprawę i wydać orzeczenie o wskazaniach do ulg i uprawnień bez uczestnictwa osoby zainteresowanej.

- Art. 7 Kodeksu postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 735) - W toku postępowania organy administracji publicznej stoją na straży praworządności, z urzędu lub na wniosek stron podejmują wszelkie czynności niezbędne do dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego oraz do załatwienia sprawy, mając na względzie interes społeczny i słuszny interes obywateli.

- Art. 77 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 735) - Organ administracji publicznej jest obowiązany w sposób wyczerpujący zebrać i rozpatrzyć cały materiał dowodowy.

do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności niezbędne jest wypełnienie powyższego dokumentu.

.....
Miejscowość, data

.....
(czytelny podpis osoby zainteresowanej,
opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego)