

WZÓR LEGITYMACJI DOKUMENTUJĄCEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

Strona 1

POWIATOWY (MIEJSKI) ZESPÓŁ
DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
w.....
**LEGITYMACJA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ,
KTÓRA NIE UKOŃCZYŁA 16 ROKU ŻYCIA**

Nr.....

.....
(imię i nazwisko dziecka)

.....
(adres zamieszkania dziecka)

.....
(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego)

.....
(podpis przedstawiciela ustawowego)

Strona 2

Niepełnosprawność orzeczona:
do dnia.....
Symbol przyczyny niepełnosprawności *

Legitymacja ważna do dnia

Legitymacja upoważnia do korzystania
z ulg i uprawnień

mp.

.....
(data, pieczęć starosty i podpis)

* Wpisuje się na wniosek przedstawiciela ustawowego
dziecka.

Opis wzoru legitymacji:

1. Format legitymacji: 80 mm szerokość, 105 mm długość.
2. Kolor: legitymacja koloru białego, napisy w kolorze czarnym.
3. Na drugiej stronie legitymacji pieczęć okrągła organu wystawiającego legitymację.

(opublikowana w Dz. U. z 2003r. Nr 139, poz. 1328)

WZÓR LEGITYMACJI DOKUMENTUJĄCEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

Strona 1	Strona 2
<p>POWŁATOWY (MIEJSKI) ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI w</p> <p>LEGITYMACJA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓRA NIE UKOŃCZYŁA 16 ROKU ŻYCIA</p> <p>Nr.....</p> <p>..... (imię i nazwisko dziecka)</p> <p>..... (adres zamieszkania dziecka)</p> <p>..... (imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego)</p> <p>..... (podpis przedstawiciela ustawowego)</p>	<p>Niepełnosprawność orzeczona: do dnia.....</p> <p>Legitymacja ważna: do dnia.....</p> <p>Legitymacja upoważnia do korzystania z ulg i uprawnień</p> <p>mp.</p> <p>..... (data, pieczęć starosty i podpis)</p>

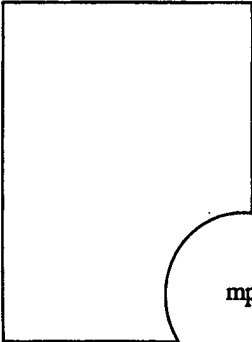
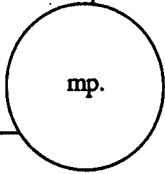
Opis wzoru legitymacji:

1. Format legitymacji: 80 mm szerokość, 105 mm długość.
2. Kolor: legitymacja koloru białego, napisy w kolorze czarnym.
3. Na drugiej stronie legitymacji pieczęć okrągła organu wystawiającego legitymację.

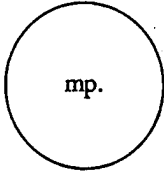
(opublikowana w Dz. U. z 2002r. Nr 66, poz. 604)

WZÓR LEGITYMACJI DOKUMENTUJĄCEJ STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Strona 1

POWIATOWY (MIEJSKI) ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI w.....	
LEGITYMACJA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ	
	Nr.....
	
..... (podpis posiadacza legitymacji)	
..... (imię i nazwisko)	
..... (adres zamieszkania)	

Strona 2

Stopień niepełnosprawności:	
na stałe/do dnia*	
Symbol przyczyny niepełnosprawności **	
Legitymacja ważna na stałe/do dnia*	
Legitymacja upoważnia do korzystania z ulg i uprawnień	
	
..... (data, pieczęć starosty i podpis)	
* Niepotrzebne skreślić.	
** Wpisuj się na wniosek osoby zainteresowanej.	

Opis wzoru legitymacji:

1. Format legitymacji: 80 mm szerokość, 105 mm długość.
2. Zdjęcie o wymiarach: 35 mm x 45 mm, ostemplowane pieczęcią okrągłą, mokrą, o średnicy 20 mm, z godłem w części środkowej, w otoczce napis: „Powiatowy (Miejski) Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w”.
3. Kolor: legitymacja koloru białego, napisy w kolorze czarnym.
4. Na drugiej stronie legitymacji pieczęć okrągła organu wystawiającego legitymację.

(opublikowana w Dz. U. z 2003r. Nr 139, poz. 1328)

WZÓR LEGITYMACJI DOKUMENTUJĄCEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

Strona 1

POWIATOWY (MIEJSKI) ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
w.....	
LEGITYMACJA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ	
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"><div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 80%; margin: 5px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20%; height: 20%; border-radius: 50%; margin-left: 5px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">mp.</div></div>	Nr.....
..... (podpis posiadacza legitymacji)	
..... (imię i nazwisko)	
..... (adres zamieszkania)	

Strona 2

Stopień niepełnosprawności:	
na stałe/do dnia*	
Legitymacja ważna na stałe /do dnia*	
Legitymacja upoważnia do korzystania z ulg i uprawnień	
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"><div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 80%; border-radius: 50%; margin: 5px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">mp.</div></div> (data, pieczęć starosty i podpis)
* Niepotrzebne skreślić	

Opis wzoru legitymacji:

1. Format legitymacji: 80 mm szerokość, 105 mm długość.
2. Zdjęcie o wymiarach: 35 mm x 45 mm, ostemplowane pieczęcią okrągłą, moką, o średnicy 20 mm, z godłem w części środkowej, w otoczce napis: „Powiatowy (Miejski) Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w”.
3. Kolor: legitymacja koloru białego, napisy w kolorze czarnym.
4. Na drugiej stronie legitymacji pieczęć okrągłą organu wystawiającego legitymację.

(opublikowana w Dz. U. z 2002r. Nr 66, poz. 604)

WZÓR LEGITYMACJI DOKUMENTUJĄCEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

<p>POWIATOWY ZESPÓŁ DO SPRAW ORZĘKANIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W</p> <p>LEGITYMACJA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ</p> <p>Nr</p> <p>mp.</p> <p>Podpis właściciela:</p> <p>..... (imię i nazwisko)</p> <p>..... (adres zamieszkania)</p>	<p>Stopień niepełnosprawności:</p> <p>na stałe/do dnia*:</p> <p>Legitymacja ważna na stałe/do dnia*:</p> <p>Legitymacja upoważnienia do korzystania z ulg i uprawnień.</p> <p>mp.</p> <p>..... (data, pieczęć starosty i podpis)</p> <p>* Niepotrzebne skreślić.</p>
---	--

Opis wzoru legitymacji:

1. Format legitymacji: 80 mm szerokość, 105 mm długość.
2. Zdjęcie o wymiarach: 35 mm x 45 mm, ostemplowane pieczęcią okrągłą, moką, o średnicy 20 mm, z godłem, w części środkowej w otoczce napis: "Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności w"
3. Kolor: legitymacja koloru białego, napisy w kolorze czarnym.
4. Na drugiej stronie legitymacji pieczęć okrągła organu wystawiającego legitymację.

(opublikowana w Dz. U. z 2001r. Nr 7, poz. 60)

WZÓR LEGITYMACJI OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Strona 1

Strona 2

POWIATOWY ZESPÓŁ DO SPRAW
ORZEKANIA O STOPNIU
NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI w

LEGITYMACJA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Nr

mp.

Podpis właściciela:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(data urodzenia)

.....
(adres zamieszkania)

Stopień niepełnosprawności

na stałe/do dnia*

Legitymacja ważna na stałe/do dnia*
.....

Legitymacja upoważnia do korzystania
z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych
przepisów.

mp.

.....
(pieczęć organu wystawiającego
i podpis oraz data)

* Niepotrzebne skreślić

Opis wzoru legitymacji:

Format legitymacji: 80 mm szerokość, 105 mm długość.

Zdjęcie o wymiarach: 35 mm x 45 mm, ostemplowane pieczęcią okrągłą, mokrą, o średnicy 20 mm, z godłem, w części środkowej w otoczce napis: „Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności w”

Kolor:

- dla osób o wszystkich stopniach niepełnosprawności z powodu narządu wzroku: legitymacja koloru zielonego, napisy w kolorze czarnym,
- dla osób o pozostałych przyczynach niepełnosprawności wszystkich stopni: legitymacja w kolorze białym, napisy w kolorze czarnym.

Na drugiej stronie legitymacji pieczęć okrągła organu wystawiającego legitymację.

(opublikowana w Dz. U. z 1999r. Nr 9, poz. 82)

WZÓR WYPISU Z TREŚCI ORZECZENIA KIZ

Obwodowa
Wojewódzka KOMISJA LEKARSKA DO SPRAW INWALIDZTWA I ZATRUDNIENIA NR w

Nr akt

Wypis z treści orzeczenia z dnia r.

W wyniku rozpatrzenia sprawy Pana(i) ur. dnia

zam.

Komisja w oparciu o obowiązujące przepisy postanawia:

- A. Uznać, że brak jest podstaw do zaliczenia Pana(i) do jednej z grup inwalidów.*
- B. 1. Uznać, że brak jest podstaw do ustalenia uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.*
 - 2. Uznać, że Pan(i) spełnia warunki niezbędne do uzyskania świadczenia rehabilitacyjnego* na
miesiący, licząc od daty wyczerpania zasiłków chorobowych.
 - 3. Uznać, że świadczenie rehabilitacyjne pozostaje w związku z wypadkiem przy pracy-wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy-chorobą zawodową*
- C. 1. Zaliczyć Pana(i) do grupy inwalidów z ogólnego stanu zdrowia.
 - 2. Zaliczyć Pana(i) do grupy inwalidów w związku z
 - 3. Zaliczyć Pana(i) do grupy inwalidów w związku z
- 4. Uznać, że inwalidztwo grupy jest spowodowane stanem narządu
- 5. Uznać, że inwalidztwo istnieje od i w czasie zatrudnienia uległo-nie uległo* poprawie-istotnemu pogorszeniu*.

ZUS N-8 — Wypis z treści orzeczenia KIZ

(strona czołowa)

6. Inwalidztwo jest trwale-czasowe*. Termin badania kontrolnego

7. Ustalić: a) wskazania do zatrudnienia

b) przeciwwskazania do zatrudnienia

UZASADNIENIE ORZECZENIA

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

POUCZENIE

* Od orzeczenia obwodowej komisji lekarskiej przysługuje Panu(i) prawo wniesienia odwołania do wojewódzkiej komisji lekarskiej do spraw inwalidztwa i zatrudnienia w w terminie 14 dni od daty otrzymania. Odwołanie można wnieść ustnie lub pisemnie za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Oddział w

Prawo podniesienia zarzutu wadliwości niniejszego orzeczenia obwodowej komisji lekarskiej przysługuje w terminie 14 dni od daty wydania orzeczenia lekarzowi-wojewódzkiemu inspektorowi orzecznictwa inwalidzkiego.

O fakcie podniesienia zarzutu wadliwości orzeczenia Pan(i) zostanie powiadomiony(a) osobnym pismem.

Jeżeli w przepisany terminie Pan(i) nie wnieśli odwołania, a lekarz-wojewódzki inspektor nie podniesie zarzutu wadliwości, orzeczenie obwodowej komisji lekarskiej staje się prawomocne.

*** Od orzeczenia wojewódzkiej komisji lekarskiej odwołanie nie przysługuje.**

* niepotrzebne skreślić

PRZEWODNICZĄCY KOMISJI

.....
(pieczęć i podpis)

ZUS N-8

(strona odwrotna)

**WYPISU Z TREŚCI ORZECZENIA KOMISJI LEKARSKIEJ PODLEGŁEJ
SZEFOEI AGENCJI BEZPIECZEŃSTWA LUB SZEFOEI AGENCJI WYWIADU**

.....
(pieczęć nagłówkowa komisji lekarskiej)

.....
(miejsowość i data)

WYPIS Z TREŚCI ORZECZENIA NR /
..... KOMISJI LEKARSKIEJ Nr¹ ... AGENCJI
w

W sprawie Pana(i): data urodzenia:
adres zamieszkania:
orzeczeniem Komisji Lekarskiej nr¹... AGENCJI
w stwierdzono, co następuje:

1. Stopień zdolności do służby:
Badany jest zdolny* — częściowo niezdolny* — całkowicie niezdolny* do pracy.
2. Związek schorzeń (niezdolności do służby) ze służbą: istnieje* — nie istnieje*.
3. Nie stwierdzono podstaw do zaliczenia badanego do jednej z grup inwalidztwa* — zalicza się badanego do grupy inwalidztwa*.
4. Inwalidztwo pozostaje* — nie pozostaje* w związku ze służbą.
5. Inwalidztwo pozostaje* — nie pozostaje* w związku z chorobą* — wypadkiem* pozostającą(ym)* w związku ze szczególnymi właściwościami lub warunkami służby.
6. Zalicza się badanego do grupy inwalidztwa z tytułu schorzeń narządów ruchu* — wzroku* — słuchu*.
7. Badany wymaga* — nie wymaga* opieki innej osoby.
8. Inwalidztwo istnieje od:
9. Inwalidztwo jest trwałe* — okresowe*; termin badania kontrolnego*:

.....
* Niepotrzebne skreślić.

mp.

Przewodniczący komisji lekarskiej:

.....
(imienna pieczętka i podpis)

.....
¹ Nr wpisuje właściwa regionalna komisja lekarska.

(opublikowany w Dz. U. z 2004r. Nr 87, poz. 817)

Wzór WYPIS Z TREŚCI ORZECZENIA LEKARZA ORZECZNIKA ZUS

Pieczęć ZUS

Nr akt

Wypis z treści orzeczenia lekarza orzecznika ZUS

Zaświadcza się, że Pan(i) ur.

zam.

orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS z dnia został(a) uznany(a) za:

– całkowicie* – częściowo niezdolnego(a) do pracy*,

– niezdolnego(a) do samodzielnej egzystencji*,

trwale* – okresowo* do

Niezdolność do samodzielnej egzystencji* – całkowita* – częściowa niezdolność do pracy* została spowodowana stanem narządu

.....
data sporządzenia

.....
podpis i pieczęć lekarza orzecznika

* niepotrzebne skreślić

N-22 Wypis z treści orzeczenia lekarza orzecznika ZUS