

Ostrołęka, dn. 2008-05-15

URZĄD MIASTA OSTROŁĘKI

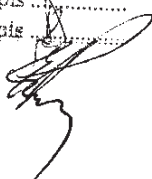
Data wpływu pisma... 1.9. MAJ 2008

Ilość zał. ....

nr. rej. P.O.I. .... podpis

nr. rej. centr. 4005/08 podpis

12514/05/2008



**Urząd Miasta  
w Ostrołęce  
Plac Bema 3**

Zarząd Rady Osiedla „Śródmieście I” prosi o wydzielenie i oznakowanie jednego miejsca na postój samochodu osobowego dla potrzeb inwalidy przy ulicy Starosty Kosa na wysokości III klatki schodowej od strony miasta.

W bloku mieszka inwalida o znacznym stopniu niepełnosprawności, w załączeniu przekazujemy orzeczenie lekarskie o przyznanej stopniu inwalidztwa.

Szczegółowe miejsce postoju wskaże Prezes Spółdzielni Mieszkaniowej „Przy Pływalni”

Zał. 1 str.

Za Zarząd

Rady Osiedla

  
Władysław Ścibek

Vice-przewodniczący

## ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Na podstawie art. 3 ust. 1 pkt 1, art. 4 ust. 1, art. 6 ust. 1 pkt 1 oraz art. 6b ust. 1 i ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych- Dz.U..Nr 123 poz. 776 z późn. zm. Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Ostrołęce

na posiedzeniu w dniu **05.12.2002r.** po rozpoznaniu sprawy nr **3080 / 02**

z dnia **22.10.2002r.**

### Postanawia

Pana/ nią

Data i miejsce urodzenia

Nr i seria dowodu osobistego ( paszportu ) **XXXXXXXX** PESEL

Adres zamieszkania

1. Zaliczyć do **ZNACZNEGO** stopnia niepełnosprawności
2. Przyczyna niepełnosprawności § 26 pkt. 1 litera **a** Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 21 maja 2002r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności ( Dz. U. z 2002r. Nr 66 poz. 604 ).
3. Orzeczonego stopień niepełnosprawności ma charakter\*

- **Trwały i orzeczenie wydaje się na stałe**

4. Ustalony stopień niepełnosprawności datuje się od **urodzenia**

5. Niepełnosprawność istnieje od dnia **XXXXXXXX** okresu **urodzenia**

### Wskazania dotyczące:

1. odpowiedniego zatrudnienia – **nie dotyczy**
2. szkolenia, w tym specjalistycznego – **nie dotyczy**
3. zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej – **nie dotyczy**
4. uczestnictwa w terapii zajęciowej – **wskazane**

5. konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce

techniczne ułatwiające funkcjonowanie – **wózek inwalidzki i inne w / g wskazań lekarza prowadzącego**

6. korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje

pozarządowe oraz inne placówki – **zgodnie z ustawą o pomocy społecznej**

7. konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji : **TAK**

8. konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji: **TAK**

9. spełniania przez osobę niepełnosprawną przesłanek określonych w art. 8 ust.1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997r. – prawo o ruchu drogowym ( Dz. U. Nr. 98, poz. 602 z póź. zm. )

**TAK**

10. Inne –

**x x x x**

### UZASADNIENIE

STAN ZDROWIA POWODUJE ZNACZNY STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI. W ZWIĄZKU ZE ZNACZNIE OGRANICZONĄ MOŻLIWOŚCIĄ SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI WYMAGA PAN STAŁEJ OPIEKI INNEJ OSOBY.

### POUCZENIE

Od niniejszego orzeczenia przysługuje odwołanie do Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności w Warszawie ul. Floriańska 10 03-707 Warszawa w terminie 14 dni od daty otrzymania niniejszego orzeczenia, za pośrednictwem zespołu, który orzeczenie wydał.

Podpisy członków składu orzekającego:

1. *J. Horeszczyńska*
2. ....
3. ....

Pieczętka i podpis przewodniczącego składu orzekającego.

Przewodniczący  
Składu Orzekającego

*Marja Anna Kiderska-Grabowska*  
LEKARZ MEDYCyny