UWAGA! Niektóre pola pozostały niewypełnione: Uwagi
- Numer i seria dowodu tożsamości osoby niepełnosprawnej
- Adres e-mail osoby niepełnosprawnej, na który mają zostać przekazane dane z wypełnianego dokumentu

Zaświadczenie
o podstawie zaliczenia do stopnia niepełnosprawności

ZPZ

To zaświadczenie wydaje się dla celów udokumentowania przez pracodawcę stanów zatrudnienia osób niepełnosprawnych, o których mowa w art. 22 ust. 1 pkt 2 lub art. 26a ust. 1b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511, z późn. zm.). Zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności, który w ostatniej instancji wydał orzeczenie o zaliczeniu osoby niepełnosprawnej do stopnia niepełnosprawności, a orzeczenie to nie ujawniało symbolu przyczyny niepełnosprawności 02-P w związku z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 19 czerwca 2018 r. sygn. akt SK 19/17 (Dz. U. poz. 1241), wydaje zaświadczenie na wniosek osoby niepełnosprawnej, w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku. Zaświadczenie wydaje się po uprawomocnieniu się tego orzeczenia. Zaświadczenia koryguje się wyłącznie w przypadku usuwania omyłek pisarskich.

Osoba niepełnosprawna nie posiada numeru PESEL

Zaświadczenie

Zaświadczenie z dnia:[1] 2 0 1 8 - 1 0 - 2 3 znak:[2] ZPZ/ ZOON/ / /_____/ 2 0 1 8 .

Na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 13 września 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1925) zaświadcza się, że choroba psychiczna stanowiła podstawę zaliczenia Pani/Pana:

imię: _____ nazwisko: _____

(PESEL[3]: _____ numer i seria dokumentu tożsamości[4]: _____)

do stopnia niepełnosprawności określonego w orzeczeniu z dnia:[1] 2 0 1 8 - 6 - 2 7 znak:[5] _____.

Jest to zaświadczenie:

☒ zwykłe

☐ korygujące zaświadczenie z dnia:[1] - - znak:[2] ZPZ/ ZOON/ / /_____/ .

Uwagi

Pieczęć zespołu wydającego zaświadczenie: _____

Imię i nazwisko przewodniczącego zespołu: _____ Podpis: _____

[1] Proszę wpisać datę w formacie rok-miesiąc-dzień.

[2] Proszę wpisać znak zaświadczenia w formacie: ZPZ/typ zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności (ZOON) (W – wojewódzki, M – miejski, P – powiatowy) ZOON/identyfikator województwa i powiatu z krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju „TERYT"/ numer zespołu (w przypadku nieposiadania numeru proszę wpisać 0) / numer kolejny w rejestrze zaświadczeń o podstawie zaliczenia do stopnia niepełnosprawności wydanych w danym roku przez zespół / rok wystawienia zaświadczenia.

[3] Proszę wypełnić w przypadku posiadania przez osobę niepełnosprawną numeru PESEL.

[4] Proszę wpisać numer i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość, jeżeli osoba niepełnosprawna nie posiada numeru PESEL.

[5] Proszę wpisać numer sprawy.

Dane na e-mail Drukuj ?!