

# 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.

## Zaświadczenie

Zaświadczenie z dnia:<sup>1</sup> \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ znak:<sup>2</sup> ZPZ/\_\_\_\_ZOON/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

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<sup>3</sup>: \_\_\_\_\_ numer i seria dokumentu tożsamości<sup>4</sup>: \_\_\_\_\_)

do stopnia niepełnosprawności określonego w orzeczeniu z dnia:<sup>1</sup> \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ znak:<sup>5</sup> \_\_\_\_\_.

Jest to zaświadczenie:

zwykle

korygujące zaświadczenie z dnia:<sup>1</sup> \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ znak:<sup>2</sup> ZPZ/\_\_\_\_ZOON/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

## Uwagi

Pieczęć zespołu wydającego zaświadczenie: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko przewodniczącego zespołu: \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Proszę wpisać datę w formacie rok-miesiąc-dzień.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Proszę wypełnić w przypadku posiadania przez osobę niepełnosprawną numeru PESEL.

<sup>4</sup> Proszę wpisać numer i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość, jeżeli osoba niepełnosprawna nie posiada numeru PESEL.

<sup>5</sup> Proszę wpisać numer sprawy.