

Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Nr sprawy **PZON.8323**.
(wypełnia organ)

Września dn.....

Imię i nazwisko.....
Data i miejsce urodzenia.....
Adres zameldowania
Adres zamieszkania (pobytu).....
Numer PESEL.....Nr i seria dowodu
Telefon.....

Do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania

o Niepełnosprawności Września ul. Słowackiego 2 (Stary Szpital)

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów:*

- 1) odpowiedniego zatrudnienia
- 2) szkolenia w tym specjalistycznego,
- 3) zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej
- 4) uczestnictwa w terapii zajęciowej (WTZ)
- 5) konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie,
- 6) korzystanie z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki)
- 7) uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- 8) uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego
- 9) uzyskania karty parkingowej
- 10) uzyskania dodatku mieszkaniowego
- 11) inne jakie?).....

Wniosek składam:

po raz pierwszy* w związku z wygaśnięciem terminu ważności
poprzedniego orzeczenia* w związku ze zmianą stanu zdrowia*

Uzasadnienie wniosku:

1.Sytuacja społeczna:

stan cywilny : kawaler/panna, żonaty/zamężna, wdowiec/wdowa, rozwiedziony/rozwiedziona,
separowany/separowana**

stan rodzinny: samotny, posiada rodzinę/ osoby bliskie (liczba osób)*.....

2.Zdolność do samodzielnego funkcjonowania

wykonywanie czynności samoobsługowych	samodzielnie - z pomocą - uzależniony od innych*
poruszanie się	samodzielnie - z pomocą - uzależniony od innych*
prowadzenie gospodarstwa domowego	samodzielnie - z pomocą - uzależniony od innych*
korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego	nie / tak (wymienić jaki).....*

3.Sytuacja zawodowa:

- wykształcenie*.....zawód*.....
- aktywność zawodowa : aktywny zawodowo, bezrobotny, uczeń/student, emeryt/rencista **
-

4. Źródła dochodu:

- wynagrodzenie, na utrzymaniu rodziny, pomoc społeczna, zasiłek dla bezrobotnych, emerytura, renta, brak, inne**

Oświadczam, że:

1. Aktualnie pobieram świadczenie (nie pobieram)* z ubezpieczenia społecznego, tj. rentę*, emeryturę*, zasiłek pielęgnacyjny*, świadczenie pielęgnacyjne*, rentę rodzinną*
2. Aktualnie toczy się (nie toczy się)* w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem, podać jakim
3. Składałem (nie składałem)* uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności: kiedy.....z jakim skutkiem.....
4. **Mogę (nie mogę)** samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego.**(Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby).
5. Posiadam/ nie posiadam ważne orzeczenie* – jakie?.....

W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

Zobowiązuję się do informowania Powiatowego Zespołu zgodnie z art.41 § 1 KPA toku postępowania strony oraz ich przedstawicieli i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swojego adresu.

W załączeniu przedkładam:

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego, ważne 90 dni od dnia wystawienia.
2. Kserokopie (oryginały do wglądu) posiadanej dokumentacji medycznej, tj. karty informacyjne ze szpitala, badania specjalistyczne, konsultacje, wnioski opisowe badań RTG, EKG, EEG, TK, MR, USG i inne dokumenty medyczne.
3. Osoba posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności wydane na czas określony może wystąpić z wnioskiem o ponowne orzeczenie, **nie wcześniej niż 60 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia.**

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności we Wrześni z siedzibą ul. Słowackiego 2, 62-300 Września.
2. Inspektor ochrony danych. Możecie się Państwo kontaktować w sprawach dotyczących danych osobowych z wyznaczonym Inspektorem Ochrony Danych pod adresem email iod@comp-net.pl
3. Cele i podstawy przetwarzania. Przetwarzanie danych osobowych jest dokonywane w celu realizacji ustawowych zadań Administratora, zgodnie z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Podstawa prawna art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO.
4. Odbiorcy danych osobowych. W związku z przetwarzaniem danych w celach o których mowa w pkt 3 Państwa dane mogą zostać udostępnione innym uczestnikom tych postępowań i procedur oraz podmiotom i organom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, a także inne podmiotom z którymi administrator posiada umowy o powierzeniu danych.
5. Okres przechowywania danych. Państwa dane będą przechowywane przez czas realizacji zadań Administratora wskazanych wyżej, a następnie - zgodnie z obowiązującą u Administratora Instrukcją kancelaryjną oraz przepisami o archiwizacji dokumentów.
6. Prawa osób, których dane dotyczą. Zgodnie z przepisami prawa przysługuje Państwu:
 - prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
 - prawo do usunięcia danych osobowych, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej;
 - prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
 - prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa)
7. Informacja o wymogu zbierania danych. Podanie przez Państwa danych osobowych jest obowiązkiem wynikającym z przepisów prawa.
8. Pozyskiwanie danych z innych źródeł. W przypadku zbierania danych w inny sposób niż od osoby, której dane dotyczą, dane te są pozyskiwane z publicznych rejestrów lub ewidencji albo od innych organów władzy publicznej lub podmiotów wykonujących zadania publiczne lub działających na zlecenie organów władzy publicznej albo od innych uczestników postępowania.

.....
podpis osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego

* właściwe podkreślić i uzupełnić

** właściwe podkreślić

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Numer PESEL.....Nr i seria dowodu osobistego.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowana rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium.

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące.....

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

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja.....

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

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie.....

6. Wykaz wykonanych badań danych dodatkowych (w załączeniu).....

.....
.....

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia.....

.....

Czy lekarz wydający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

Tak / Nie*

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (rok).....

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (rok).....

W/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

Tak / Nie*

W/w Pan/i jest trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności. Tak / Nie*

UWAGA! Zaświadczenie ważne 90 dni od daty wystawienia.

.....
(Imię i nazwisko wnioskodawcy)¹

.....
(miejscowość, data)

.....
(nr PESEL)

OŚWIADCZENIE

o miejscu pobytu stałego

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. *o ewidencji ludności* (Dz. U. z 2017 r., poz. 657, z późn. zm.) zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że moim miejscem pobytu stałego/ miejscem pobytu stałego dziecka/ miejscem pobytu stałego osoby w imieniu której składam wniosek² jest:

.....
(adres miejsca pobytu stałego)

.....
(podpis)

1. Osoba, której dotyczy wniosek o wydanie orzeczenia.
2. Niepotrzebne skreślić.