

Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Numer akt: ZOON

Numer sprawy: ZOON

DANE OSOBY ZAINTERESOWANEJ

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL.....Rodzaj i seria dowodu tożsamości.....

Adres zameldowania.....

Adres pobytu/adres korespondencyjny.....

Telefon.....e-mail.....

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (wypełnić w przypadku, gdy wniosek dotyczy osoby w wieku od 16 do 18 roku życia)

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....nr PESEL

Rodzaj, seria nr dowodu tożsamości

Adres zameldowania.....

Adres pobytu/adres korespondencyjny.....

Telefone-mail

Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Środzie Wielkopolskiej ul. Szkolna 2, 63-000 Środa Wielkopolska

Proszę o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w celu*:

- 1) odpowiedniego zatrudnienia
- 2) szkolenia
- 3) uczestnictwa w terapii zajęciowej (WTZ)
- 4) konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie
- 5) 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)
- 6) spełniania przesłanek określonych w Prawie o ruchu drogowym (*karta parkingowa*)
- 7) korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
- 8) uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- 9) uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- 10) zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- 11) uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- 12) korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
- 13) innych (wymienić jakich)

Cel podstawowy (wybrać jeden nr celu z pkt. 1-13)

Wniosek składam : *(właściwe zakreślić)*

- po raz pierwszy
- w związku z wygaśnięciem poprzedniego orzeczenia (nie wcześniej niż na 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia)
- w związku ze zmianą stanu zdrowia

Sytuacja społeczna i zawodowa

1. stan cywilny: * kawaler, panna, żonaty, mężatka, rozwiedziony, rozwiedziona, w separacji, wdowa, wdowiec
2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:
 - a) wykonywanie czynności samoobsługowych samodzielnie / z pomocą / opieka*
 - b) poruszaniu się w środowisku samodzielnie / z pomocą / opieka*
 - c) prowadzenie gospodarstwa domowego samodzielnie / z pomocą / opieka*
3. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego - jakiego?.....
4. Wykształcenie.....
5. Zawód: wyuczonyzawód wykonywany
6. Aktualne zatrudnienie.....

Oświadczam, że:

1. Aktualnie pobieram*(nie pobieram*) świadczenia z ubezpieczenia społecznego, tj. rentę*/ emeryturę*/ zasiłek pielęgnacyjny*/ świadczenie pielęgnacyjne*/ rentę rodzinną*/ inneod kiedy.....
2. Świadczenie wypłaca : ZUS, KRUS, MON, MSWiA *
3. Aktualnie toczy się* (nie toczy się*) w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym, podać jakim:
4. Składałem/am* (nie składałem/am*) uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności: jeżeli tak, to kiedy zostało wydane orzeczenieważne do dnia (dzień, miesiąc, rok).....
5. Mogę* (nie mogę*) samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego (**jeżeli nie, to należy załączyć dotatkowe zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby**).
6. W razie stwierdzenia przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydanego przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy wymogu ponoszenia kosztów we własnym zakresie.
7. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, przewodniczący Zespołu zawiadamia na piśmie o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania
8. Oświadczam, że nie posiadam innej niż złożona przy wniosku dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia
9. Wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności jest autentyczna i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

W załączeniu przedkładam:

1. zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego nie wcześniej niż 30 dni przed dniem złożenia wniosku,
2. kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem lub kserokopie i oryginały do wglądu posiadanej dokumentacji medycznej, tj. karty informacyjne ze szpitala, badania specjalistyczne, konsultacje, wnioski opisowe badań RTG, EEG, TK, USG i inne dokumenty medyczne
3. kserokopie orzeczenia Lekarza Orzecznika ZUS o niezdolności do pracy, orzeczenie o posiadanej grupie inwalidzkiej lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (oryginały do wglądu)
4. kserokopie świadectwa ukończenia szkoły, ukończenia kursów, szkoleń (tylko wtedy, gdy celem składanego wniosku jest odpowiednie zatrudnienie)

* właściwe podkreślić i uzupełnić

KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 informujemy, iż:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Wielkopolskiej, ul. Szkolna 2 63-000 Środa Wielkopolska

W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych mogą Państwo kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: iod@lesny.com.pl

1. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji obowiązków prawnych ciążących na Administratorze.
2. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.
3. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. c) ww. Rozporządzenia.
4. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:
 - dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także - w przypadkach przewidzianych prawem - prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych.
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia tj. Prezesa Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Ponadto informujemy, iż w związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych nie podlega Pan/Pani decyzjom, które się opierają wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu, o czym stanowi art. 22 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.

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