.............................................., ................................

*Miejscowość dnia*

**Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**

Numer akt: ZOON …………………………

Numer sprawy: ZOON …………………….

**DANE OSOBY ZAINTERESOWANEJ**

Imię i nazwisko............................................................................................................................................................

Data i miejsce urodzenia.............................................................................................................................................

PESEL........................................Nr i seria dowodu tożsamości……………………………………................................

Adres zameldowania..................................................................................................................................................

Adres pobytu/adres korespondencyjny...................................................................................................................

Telefon........................................................................................................................................................................

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

Imię i nazwisko………………………………………………………………………………………………………………….

Data i miejsce urodzenia………………………………………………….…nr PESEL ……………………………………

Rodzaj, seria nr dowodu tożsamości …………………………………………………………………………………………

Adres zameldowania...................................................................................................................................................

Adres pobytu/adres korespondencyjny........................................................................................................................

Telefon …………………………………………………………………………………………………………………………

**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 terminu ważności poprzedniego orzeczenia **( nie wcześniej niż 2 miesiące przed upływem ważności posiadanego orzeczenia, a w przypadku osoby, która kończy 16 rok życia 3 miesiące przed upływem ważności orzeczenia)**

□ w związku ze zmianą stanu zdrowia

**Sytuacja społeczna i zawodowa**

1. stan cywilny: □ kawaler □ panna □ żonaty □ mężatka □ rozwiedziony□ rozwiedziona □ w separacji,

□ wdowa □ wdowiec

1. 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: wyuczony ………………………zawód wykonywany …………………………………………………….

6. Obecne zatrudnienie………………………………………………………………………………………………….

**Oświadczam, że:**

1. Aktualnie pobieram\*(nie pobieram\*) świadczenia z ubezpieczenia społecznego, tj. rentę\*/ emeryturę\*/ zasiłek pielęgnacyjny\*/ świadczenie pielęgnacyjne\*/ rentę rodzinną\*/ inne ..................................................................................................................................od 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 orzeczenie .....................................ważne do dnia (dzień, miesiąc, rok)………………………………………………………………………………………………………………….

1. 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 i nie rokującej poprawy choroby).**

1. 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 wraz

z pouczeniem, że nieuzupełnienie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.

1. 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.
2. Wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności jest autentyczna i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów.
3. Zobowiązuje się zawiadomić Zespól o każdej zmianie adresu pobytu do momentu zakończenia postępowania w sprawie. W razie zaniedbania obowiązku, doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

**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 (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, orzeczenia 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)

**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.

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

\* właściwe podkreślić i uzupełnić podpis osoby zainteresowanej

lub jej przedstawiciela ustawowego