**WNIOSEK**

**w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**

(dotyczy osób powyżej 16-go roku życia)

Nr sprawy B/......../ \*\*\*

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

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

**Numer i seria dowodu osobistego*(paszportu/ nr aktu urodzenia)***....................................................... PESEL ...........................................................

**Adres zamieszkania**(meldunek stały).......................................................................................................................................................................

**Adres do korespondencji**(pobyt czasowy)..................................................................................................... tel.: .................................................

**Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego\*\*** (*w przypadku ubezwłasnowolnienia osoby orzekanej lub jej niepełnoletności*) ..................................................................................................................................................................................................................................

**Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego** ..............................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................... tel.: ....................................................

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

**ul. Żeromskiego 28, 29-100 Włoszczowatel.: 41 39 44 979**

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

**Cel główny** ................................................................................................................................................................................................

**Cel/e dodatkowe (**nieobowiązkowe)**:**

* odpowiedniego zatrudnienia,
* szkolenia,
* uczestnictwa w terapii zajęciowej (WTZ),
* konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
* korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,
* korzystania z karty parkingowej,
* korzystania ze świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (zasiłek stały),
* uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
* uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
* zamieszkania w oddzielnym pokoju,
* uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
* korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów (dot. osób ubiegających się o wydanie orzeczenia równoległego z posiadanym z ZUS, KRUS, KIZ).
* inne ...........................................................................................................................................................................................................

**Uzasadnienie wniosku**

1. Sytuacja społeczna: **stan cywilny** ……….……………..…………….…..**stan rodzinny** (*liczba osób*) .........................................

2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

Samodzielnie z pomocą opieka

* wykonywanie czynności samoobsługowych □ □ □
* poruszanie się w środowisku □ □ □
* prowadzenie gospodarstwa domowego □ □ □

3. Sytuacja zawodowa:

**wykształcenie:**................................................................................ **zawód**: ............................................................................................

obecne zatrudnienie (*miejsce pracy lub w przypadku osób uczących się rodzaj szkoły*):

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

**zawód wykonywany** (*zajmowane stanowisko*) ........................................................................................................................................

**Oświadczam, że :**

**1**. **Pobieram / nie pobieram\*** świadczenie z ubezpieczenia społecznego. Jakie (renta, emerytura) TAKNIE\*: jeżeli renta to z tytułu jakiego orzeczenia ....................................................................................................................................................................................

**2**.**Aktualnie toczy się / nie toczy się\***w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym – podać jakim: ....................................................................................................................................................................................................................

**3.Składałem/am /nie składałem/am\***uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności w Powiatowym Zespole. Jeżeli tak to gdzie: ................................................................................................. z jakim skutkiem: *znaczny/umiarkowany/lekki/negatywne* Do kiedy wydane:………………………………...……………………………………………..…………………………..…………..

**4**.**Oświadczam**, że na posiedzenie składu orzekającego**\***: ***mogę przybyć samodzielnie/przybędę z opiekunem/ nie mogę przybyć***(w tym przypadku należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność przybycia osoby zainteresowanej na posiedzenie składu orzekającego.

**5.Posiadam / nie posiadam\*** ważne orzeczenie, które nie zawiera informacji, będących podstawą do korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów. Jeżeli tak to podać jakie: …….......................................................................... ....................................................................................................................................................................................................................

**6.** 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.

**7.Oświadczam**, że zgadzam się na wykorzystanie przez pracownika socjalnego Zespołu Orzekającego informacji o mojej sytuacji socjalnej zawartej w dokumentacji Ośrodka Pomocy Społecznej i Powiatowego Centrum pomocy Rodzinie, które mogą być użyteczne przy orzekaniu o stopniu niepełnosprawności.

**8**. Zobowiązuję się do informowania Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności (zgodnie z art. 41 k.p.a.) **o zmianie adresu lub miejsca pobytu.**

□**\*\*\*\*Oświadczam, iż niniejszy wniosek składam w celu ustalenia wskazania do karty parkingowej stanowiącego podstawę do ubiegania się o wydanie karty parkingowej na podstawie art. 8 ust. 3a pkt. 1ustawy z dnia 20 czerwca 1997r. - *Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2017r. 1260).***

**OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB JEJ ZATAJENIE.**

**Do wniosku należy dołączyć:**

1. Oryginał zaświadczenia o stanie zdrowia wydane przez lekarza prowadzącego ( ważne 30 dni od daty wystawienia).

2. **Posiadaną dokumentację medyczna** tj. karty wypisowe lub informacyjne ze szpitala, wyniki badań i konsultacji, historię choroby, opinie/oceny psychologiczne, posiadane orzeczenie z innego organu (ZUS, KRUS, KIZ ,MSWIA). **W przypadku kolejnego orzekania tylko nowe dokumenty od okresu od ostatniej komisji –wyłącznie potwierdzone za zgodność z oryginałem lub z oryginałami do wglądu.**

3.Osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności wydane na czas określony może wystąpić z kolejnym wnioskiem o wydanie orzeczenia o ponowne ustalenie stopnia niepełnosprawności, **nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia**.

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych i zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie we Włoszczowie, ul. Wiśniowa 10, 29-100 Włoszczowa

2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem email: [rk@ncnetcom.pl](mailto:rk@ncnetcom.pl) lub [pd@ncnetcom.pl](mailto:pd@ncnetcom.pl)*,*

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust.2 lit. g - ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r., w celu:

- wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności na podstawie art. 6 b i art. 6 d ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r., poz. 511 ze zm.),

4) odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.

5) Pana/Pani dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji wskazanych w pkt. 3 celów, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy prawa*,*

6) posiada Pani/Pan prawo do: żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub o prawie do wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych,

7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych,

8) podanie Pani/Pana danych jest wymogiem ustawowym, wynika z realizacji obowiązków wynikających z przepisów prawa,

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

data czytelny podpis osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela

\*niepotrzebne skreślić

\*\* wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca jest ubezwłasnowolniony lub niepełnoletni.

\*\*\* wypełnia Zespół

\*\*\*\*należy zaznaczyć jeżeli główny cel dotyczy ubiegania się o kartę parkingową i we wcześniejszym orzeczeniu takie wskazanie było.