

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 Włoszczowa tel.: 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 posiadaniem 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • poruszanie się w środowisku | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • prowadzenie gospodarstwa domowego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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. Jakże (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: *znaczący/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. 1 ustawy 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 medyczną** 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 Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności we Włoszczowie ul. Żeromskiego 28, reprezentowany przez Przewodniczącego.

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

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:

- przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze;
- przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi;
- w innych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody;

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 2016 r ,

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.