

Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Nr sprawy **PZON.611.**
(wypełnia organ)

Września dn.....

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

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?.....

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 w własnym zakresie.

7.Zobowiązuję się do informowania Powiatowego Zespołu (zgodnie z art.41.KPA) o zmianie adresu lub miejsca pobytu.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy zgodnie z art.233 § 1 Kodeksu Karnego.

W załączeniu przedkładam:

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego, w ciągu 30 dni poprzedzającego złożenie wniosku.
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 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia.**

W związku z rozpoczęciem stosowania z dniem 25 maja 2018 r. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, dalej: RODO) informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie** z siedzibą we Wrześni, Wojska Polskiego 1, 62-300 Września.
2. W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod adresem e -mail: sekretariat@pcprwrzesnia.pl
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych.
4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie: ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
5. Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenie z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych.
6. Odbiorcą danych osobowych będą tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w tym państwa trzecie, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
7. Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
8. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt. 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
9. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu;
10. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
11. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym.
12. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

.....
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 30 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)

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz. U. z 2017 r. poz. 2204, z późn. zm.) - *kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8* potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

.....
(podpis)

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