

Wniosek
o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
(dotyczy osób powyżej 16 roku życia)

Nr sprawy:

miejsowość.....
data.....

wypełnia organ

Do Powiatowego Zespołu
ds. Orzekania o Niepełnosprawności
w R a d z i e j o w i e

Uwaga! Pola w rubrykach należy wypełnić czytelnie, pismem drukowanym, dużymi literami

DANE OSOBOWE OSOBY ZAINTERESOWANEJ:

NAZWISKO																			
IMIĘ 1																			
IMIĘ 2																			
PESEL																			
DATA URODZENIA																			
MIEJSCE URODZENIA																			
OBYWATELSTWO																			
SERIA I NR DOK.TOŻSAMOŚCI																			
RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI																			

1. dowód osobisty
2. paszport

ADRES ZAMIESZKANIA OSOBY ZAINTERESOWANEJ:

MIEJSCOWOŚĆ																			
ULICA, NR DOMU, LOKALU																			
KOD POCZTOWY																			
POCZTA																			
TELEFON KONTAKTOWY																			

ADRES POBYTU OSOBY ZAINTERESOWANEJ (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania) UWAGA! TEN ADRES JEST TAKŻE ADRESEM DO DORECZENIA KORESPONDENCJI

MIEJSCOWOŚĆ																			
ULICA, NR DOMU, LOKALU																			
KOD POCZTOWY																			
POCZTA																			

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (w przypadku wniosków osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych)

NAZWISKO																			
IMIĘ																			
PESEL																			
MIEJSCOWOŚĆ																			
ULICA, NR DOMU, LOKALU																			
KOD POCZTOWY																			
POCZTA																			

ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA CELÓW:

X Zaznaczyć

1	Odpowiedniego zatrudnienia
2	Szkolenia
3	Uczestnictwa w terapii zajęciowej
4	Konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
5	Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
6	Korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 2 ustawy Prawo 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

Najważniejszy cel złożenia wniosku - pkt...../wpisać jeden z w/w pkt

1. Sytuacja społeczna: stan cywilny, stan rodziny.....(liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym)

2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania (właściwie zaznaczyć):

wykonywanie czynności samoobsługowych: ☐ samodzielnie ☐ z pomocą ☐ opieka
prowadzenie gospodarstwa domowego: ☐ samodzielnie ☐ z pomocą ☐ opieka
poruszanie się w środowisku: ☐ samodzielnie ☐ z pomocą ☐ opieka

3. Sytuacja zawodowa:

wykształcenie zawód wyuczony

obecne zatrudnienie zawód wykonywany

OŚWIADCZAM, ŻE:

1. **Pobieram / nie pobieram*** świadczenia z ubezpieczenia społecznego (renta z ZUS, KRUS, MON, MSWiA lub innego organu orzeczniczego)

Jaka:..... Od kiedy:

2. **Składałem / nie składałem*** uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności; Posiadam orzeczenie ważne na okres stały/ do dnia,

stopień niepełnosprawności..... nr sprawy.....

3. **Składałem / nie składałem*** odwołania od orzeczenia powiatowego lub wojewódzkiego zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności.

4. **Mogę/ nie mogę*** przybyć na posiedzenie składu orzekającego.

5. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonywania dodatkowych konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza, **jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**

6. **JEŻELI OSOBA JEST ZALICZONA DO STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI TO WNIOSEK DOTYCZY:**

1. ponownego orzeczenia *

2. zmiany stanu zdrowia*

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I PRAWNYM ORAZ JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE LUB ZATAJENIE PRAWDY.

OŚWIADCZAM, ŻE WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE PODANYCH PRZEZE MNIE MOICH DANYCH OSOBOWYCH NA ZASADACH OKREŚLONYCH W USTAWIE Z DNIA z 10 maja 2018 r. o ochronie danych W ZBIORZE DANYCH OSOBOWYCH PROWADZONYCH PRZEZ ZESPÓŁ.

UWAGA : Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności należy złożyć:

- Oryginał wniosku i informacji o zakresie opieki (**dokładnie wypełnić każdą rubrykę**),
- Oryginał zaświadczenia lekarskiego (**ważne 30 dni od daty wystawienia przez lekarza**),
- Składając wniosek należy okazać *dokument potwierdzający tożsamość osoby zainteresowanej*, wymieniony we wniosku,
- Do wniosku dołącza się *dokumentację medyczną* i inne dokumenty medyczne (**przyjmujemy wyłącznie kserokopie tych dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem lub kopie po okazaniu oryginału**)
- Jeżeli wniosek składa opiekun prawny, to należy załączyć *postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego*,

* właściwie zaznaczyć

.....
podpis osoby zainteresowanej

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

miejsowość.....
data.....

zaświadczenie lekarskie wydane nie wcześniej
niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku o wydanie
orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
(dotyczy osób **powyżej** 16-go roku życia)

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, zastosowanie leczenia i 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 dodatkowych (w załączeniu):

.....
.....

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych załączonych do zaświadczenia:

.....
.....

8. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta ? **TAK**
/ **NIE***

9. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? (rok)

10. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie ? (rok).....

11. W/w Pan/i do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego o stopniu niepełnosprawności.:

- **Zdolny/a**

- **Trwale niezdolny/a** do odbycia podróży z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo- *należy uzasadnić powyższy stan*

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

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* właściwe zaznaczyć

.....
(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, 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 do lat 3* potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

.....
(podpis)

¹ Osoba, której dotyczy wniosek o wydanie orzeczenia.

² Niepotrzebne skreślić.

KLAUZULA INFORMACYJNA

- a) Obsługa wniosków o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, o wskazaniach do ulg i uprawnień, *
- b) Obsługa wniosków o wydanie legitymacji dokumentującej niepełnosprawność lub stopień niepełnosprawności. *
- c) obsługa wniosków o wydanie karty parkingowej. *

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 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 (Dz.Urz. UE L 119 z 4 maja 2016 r., str. 1 oraz Dz.Urz. UE L 127 z 23 maja 2018 r., str. 2) – zwanego dalej jako RODO informujemy, że:

Administratorem danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności reprezentowany przez Przewodniczącego PZON. Możesz się z nim kontaktować w następujący sposób: • listownie na adres siedziby: Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Radziejowie, ul. Szpitalna 3, 88-200 Radziejów, • e-mailowo: pzonradziejow@neostrada.pl, • telefonicznie: 54 285 56 50.	Do kontaktów w sprawie ochrony Twoich danych osobowych został także powołany inspektor ochrony danych, z którym możesz się kontaktować wysyłając e-mail na adres iod2@radziejow.pl .
---	---

1. Twoje dane osobowe przetwarzane będą na podstawie:
 - 1) art. 6 ust. 1 lit c i art. 9 ust. 2 lit. b RODO w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz ustawą z dnia 20 czerwca 1997 r. prawo o ruchu drogowym, w celu realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze tj:
 - wydania orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, o wskazaniach do ulg i uprawnień;
 - wydania legitymacji dokumentującej niepełnosprawność lub stopień niepełnosprawności;
 - wydania karty parkingowej;
 - 2) art. 6 ust. 1 lit. a na podstawie Twojej zgody. Zgoda jest wymagana, gdy uprawnienie do przetwarzania danych osobowych nie wynika wprost z przepisów prawa, np. podanie nr telefonu, adresu e-mail.
2. Twoje dane osobowe możemy ujawniać, przekazywać i udostępniać wyłącznie podmiotom uprawnionym na podstawie obowiązujących przepisów prawa są nimi: Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Bydgoszczy ul. Konarskiego 1-3 85-950 Bydgoszcz, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej ul. Nowogrodzka 1/3/5 00-513 Warszawa, Pełnomocnik Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych ul. Żurawia 4 A, 00-503 Warszawa, a także m.in. podmioty świadczące usługi pocztowe, bankowe, telekomunikacyjne, podatkowe, oraz inne podmioty, gdy wystąpią z takim żądaniem oczywiście w oparciu o stosowną podstawę prawną. Pracownikom oraz współpracownikom administratora. Twoje dane osobowe możemy także przekazywać podmiotom, które przetwarzają je na zlecenie administratora tzw. podmiotom przetwarzającym, są nimi np.: podmioty świadczące usługi informatyczne, w tym (EKSMON) tj. Elektroniczny Krajowy Systemie Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności) oraz inne wykonujące wyspecjalizowane usługi, jednakże przekazanie Twoich danych nastąpić może tylko wtedy, gdy zapewnią one odpowiednią ochronę Twoich praw.
3. Twoje dane osobowe przetwarzane będą do czasu istnienia podstawy do ich przetwarzania, w tym również przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji i tak:
 - 1) do 50 lat od dnia zrealizowania Twojego wniosku,
 - 2) w zakresie danych, gdzie wyraziłeś zgodę na ich przetwarzanie, do czasu cofnięcia zgody, nie dłużej jednak niż do czasu wskazanego w pkt 1.
4. W związku z przetwarzaniem danych osobowych przez Administratora masz prawo do:
 - 1) dostępu do treści danych na podstawie art. 15 RODO;
 - 2) sprostowania danych na podstawie art. 16 RODO;
 - 3) usunięcia danych na podstawie art. 17 RODO, jeżeli:
 - a) wycofasz zgodę na przetwarzanie danych osobowych;
 - b) dane osobowe przestaną być niezbędne do celów, w których zostały zebrane lub w których były przetwarzane;
 - c) dane są przetwarzane niezgodnie z prawem;
 - 4) ograniczenia przetwarzania danych na podstawie art. 18 RODO, jeżeli:
 - a) osoba, której dane dotyczą, kwestionuje prawidłowość danych osobowych;
 - b) przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się usunięciu danych osobowych, żądając w zamian ograniczenia ich wykorzystywania;
 - c) administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobie, której dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;
 - d) osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania – do czasu stwierdzenia, czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie administratora są nadrzędne wobec podstaw sprzeciwu osoby, której dane dotyczą;
 - 5) cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody nie wpływa na przetwarzanie danych dokonywane przez administratora przed jej cofnięciem
5. Podanie Twoich danych:
 - 1) jest wymogiem ustawy na podstawie, których działa administrator. Jeżeli odmówisz podania Twoich danych lub podasz nieprawidłowe dane, administrator nie będzie mógł zrealizować celu do jakiego zobowiązują go przepisy prawa,
 - 2) jest dobrowolne i odbywa się na podstawie Twojej zgody, która może być cofnięta w dowolnym momencie.
6. Przysługuje Ci także skarga do organu do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych – ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uznasz, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
7. Dane nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również w formie profilowania.
8. Administrator nie przekazuje danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych.

*niepotrzebne skreślić