Znak sprawy:…………………………………………….

WNIOSEK (dla osób powyżej 16 roku życia)

do Powiatowego/ Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w .……………………….

Wnoszę:  *- zaznaczyć X tylko w jednej z kratek:*

□ 1. O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

dla osób, które nie posiadają ustalonego stopnia niepełnosprawności

□ 2. O WYDANIE ORZECZENIA O PONOWNE USTALENIE STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

dla osób, które posiadają orzeczenie o stopniu niepełnosprawności z określoną datą ważności

□ 3. O WYDANIE ORZECZENIA O PONOWNE WYDANIE ORZECZENIA UWZGLĘDNIAJĄCEGO ZMIANĘ STANU ZDROWIA

dla osób posiadających orzeczenie, które ubiegają się o orzeczenie z tytułu zmiany stanu zdrowia

□ 4. O WYDANIE ORZECZENIA

dla osób posiadających orzeczenie wydane do dnia 30.06.2014 r., które składają wniosek w celu ustalenia znacznie ograniczonej możliwości samodzielnego poruszania się, tj. spełnienia przesłanek określonych w art. 8 ust. 3a pkt 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. - Prawo o ruchu drogowym ( j.t. Dz. U. z 2012 r., poz. 1137 z późn. zm.).  
W przypadku zaznaczenia pkt 4, do wniosku należy dołączyć stosowne oświadczenie

I. Nazwisko i imię osoby wnioskującej o wydanie orzeczenia

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# Data i miejsce urodzenia

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nr i Seria dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nr PESEL lub informację o obywatelstwie w przypadku cudzoziemca nieposiadającego numeru PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nr telefonu

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Miejsce stałego pobytu w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

lub:

Miejsce pobytu: (TYLKO w przypadku osób bezdomnych, przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych, przebywających w zakładach karnych i poprawczych, przebywających   
w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

2. Adres do korespondencji:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

3. Dane przedstawiciela ustawowego (TYLKO w przypadku rodzica osoby między 16 a 18 rokiem życia) ORAZ opiekuna prawnego lub kuratora. W przypadku opiekuna lub kuratora należy dołączyć stosowne orzeczenie sądu:

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

Adres zamieszkania lub pobytu …………………………………………………………………………………………..

II. CEL, dla którego niezbędne jest wydanie orzeczenia: *- zaznaczyć X we właściwych kratkach*:

□1.odpowiedniego zatrudnienia

□2.szkolenia

□3.zatrudnienia w Zakładzie Aktywności Zawodowej

□4.uczestnictwa w Warsztatach Terapii Zajęciowej

□5.konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne/ środki pomocnicze/ pomoce techn.

□6.korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,

□7. ubiegania się o zasiłek stały

□8.ubiegania się o zasiłek pielęgnacyjny

□9.spełnienia przesłanek określonych w art. 8 ust. 3a pkt 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r.- Prawo o ruchu drogowym

□10.prawo do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju

□11.inne................................................................

□12. CEL PODSTAWOWY: pkt …………………

III. UZASADNIENIE WNIOSKU \*:

1. Sytuacja społeczna: stan cywilny..................................................... stan rodzinny......................................................

2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania

samodzielnie z pomocą opieka

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

3. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego niezbędne wskazane zbędne

□ □ □

4. Sytuacja zawodowa: wykształcenie...................................................zawód...................................................................

obecne zatrudnienie..........................................................................................................................................................

IV. OŚWIADCZAM, że: (\*wypełnić lub *zaznaczyć X we właściwych kratkach)*

1. □ pobieram świadczenie. Jeżeli tak: wpisać jakie i jakiego organu ……………………...................................... lub / □ nie pobieram świadczenia
2. □ składałem wcześniej wniosek o wydanie orzeczenia.

Jeżeli „TAK” to kiedy*.................................................................* z jakim skutkiem*................................................*lub

□ nie składałem uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności

1. □ mogę lub □ nie mogę samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego
2. □ zostałem pouczony o treści art. 41 § 1 Kpa (Dz. U. z 2013 r. poz. 267 z późn. zm.), tj.: *w toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swojego adresu, w tym adresu elektronicznego* oraz jestem świadomy, że *w razie zaniedbania obowiązku określonego   
   w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.*

V. Załączniki do wniosku*: ……………………………………………………………………………………………………………………*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...*

Oświadczam, że:

- dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy: art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. 1997 r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm), tj.

*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,*

- złożona dokumentacja w celu wydania orzeczenia jest autentyczna i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów: art. 270 § 1 wyżej przywołanej *ustawy, tj. kto, w celu użycia za autentyczny, podrabia lub przerabia dokument lub takiego dokumentu jako autentycznego używa, podlega karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.*

Data: ……………………… Podpis osoby lub jej przedstawiciela ustawowego …...................………………..………………...

.............................., dnia ……………………………

( miejscowość i data )

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE o stanie zdrowia osoby powyżej 16 roku życia**

**wydane dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności**

Nazwisko i imię

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Data i miejsce urodzenia

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nr PESEL lub informację o obywatelstwie w przypadku cudzoziemca nieposiadającego numeru PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Miejsce stałego pobytu:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**I**. Rozpoznanie choroby zasadniczej: ……………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...……..…………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej zostało potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych (wpisać jakimi):

……………………………………………………………………………………………………………...……..………………………………………………………………………………………………………

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:

……………………………………………………………………………………………………...............

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

**II**. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Rozpoznanie chorób współistniejących zostało potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych: (wpisać jakimi)

……………………………………………………………………………………………………………........................……..…………………………………………………………………………………………

**III**. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie   
i rehabilitacja:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**IV**. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

**V**. Wykaz wykonanych badań dodatkowych / konsultacji:

……………………………………………………………………………………………………………..……..……………………………………………………………………………………………………….

**VI**. OCENA MOŻLIWOŚCI STAWIENIA SIĘ NA POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJĄCEGO\*

1. CHOROBA UNIEMOŻLIWIA OSOBISTE STAWIENNICTWO: TAK□ NIE□

W przypadku zaznaczenia w punkcie VI.1.„TAK”, lekarz wystawiający zaświadczenie stwierdza, czy choroba, która uniemożliwia osobiste stawiennictwo:

2. MA CHARAKTER DŁUGOTRWAŁY ORAZ NIE ROKUJE POPRAWY TAK□ NIE□

3. Brak możliwości osobistego stawiennictwa, lekarz stwierdził na podstawie (w załączeniu):

- HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY W CZĘŚCI DOTYCZĄCEJ WIZYT DOMOWYCH: TAK□ NIE□

- INNE DOKUMENTY (wpisać jakie) ………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………...

**VII.** Lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokument. medycznej pacjenta: TAK□ NIE□

**VIII**. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? (data) ……………………………………….

**IX.** Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (data)……………...

\*zaznaczyć X w odpowiedniej kratce

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

podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

*Zaświadczenie wraz z dokumentacją należy dołączyć do wniosku i wnieść do Zespołu w terminie* ***30 dni od dnia wystawienia***

Przyjmuję do wiadomości, że:

z uwagi na obowiązek stosowania art. 13 ust. 1 oraz ust.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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1) (dalej: Rozporządzenie RODO), zostały mi przekazane informacje oraz zasady związane   
z przetwarzaniem udostępnionych przeze mnie moich danych osobowych:

„ 1. Administratorem moich danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania   
o Niepełnosprawności w Myśliborzu z siedzibą przy ul. Północnej 15, 74-300 Myślibórz, adres   
e-mail: [pzon@powiatmysliborski.pl](mailto:pzon@powiatmysliborski.pl) ****Tel.** **95 747 90 69.****

2. Inspektorem ochrony danych w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności   
w Myśliborzu jest Ewelina Szóstka, tel. 95 747 2021 wew. 240, e-mail: [iod@powiatmysliborski.pl](mailto:iod@powiatmysliborski.pl).

3. Dane przetwarzane przez Powiatowy Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności   
w Myśliborzu będą w celu: wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/ wydania orzeczenia   
o niepełnosprawności/wydania orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień/ wydania karty parkingowej/wydania legitymacji osoby niepełnosprawnej/ wykonywania badań specjalistycznych na wniosek lekarza lub psychologa członka powiatowego zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności.

4. Przetwarzanie moich danych osobowych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze zgodnie z art. 6 pkt. 1 lit. c oraz art. 9 ust.2 lit. b, c RODO oraz art.6 ust 1 pkt. e mówiący o tym, że przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego   
w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi, a także zgodne z zadaniami określonymi w ustawie z dnia 5 czerwca 1998 r.   
o samorządzie  powiatowym oraz w innych regulacjach w szczególności:

a) ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych,

b) rozporządzeniu Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności,

c) rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2014 r. w sprawie wzoru oraz trybu wydawania i zwrotu kart parkingowych,

d) rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 r. w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16 roku życia,

e) ustawie Kodeks postępowania administracyjnego,

f) ustawie z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym – wydanie orzeczenia   
o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, legitymacji osoby niepełnosprawnej   
oraz karty parkingowej.

5. W związku z przetwarzaniem danych w celach wskazanych powyżej, moje dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców. Odbiorcami danych mogą być:

a) podmioty upoważnione do odbioru Pani/Pana danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa;

b) podmioty, które przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w imieniu Administratora,   
na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające,

c) każdej osoby działającej z upoważnienia i na polecenie administratora takich jak.: pracownicy administratora.

6. Podane dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.

7. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji odpowiedniego celu przetwarzania wskazanego w pkt. 3, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego   
z przepisów prawa.

8. W związku z przetwarzaniem przez Administratora danych przysługuje mi:

a) prawo dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO;

b) prawo do sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;

c) prawo do usunięcia danych, na podstawie art. 17 RODO;

d) prawo do ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO;

e) prawo do przenoszenia danych, na podstawie art. 20 RODO;

f) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na podstawie art. 21 RODO;

g) prawo do cofnięcia zgody w każdym momencie i bez podawania przyczyny,   
lecz przetwarzanie danych osobowych dokonane przed cofnięciem zgody nadal pozostanie zgodne   
z prawem. Cofnięcie zgody spowoduje zaprzestanie przetwarzania przez administratora danych osobowych w celu, w którym zgoda ta została wyrażona.

Realizacja moich praw przez Administratora będzie zgodna z obowiązującymi przepisami prawa..

9. Posiadam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

10.Podanie danych osobowych jest warunkiem prowadzenia sprawy w Powiatowym Zespole   
ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Myśliborzu. Przy czym podanie danych jest:

a) obowiązkowe, jeżeli zostało to określone w przepisach prawa;

b) dobrowolne, jeżeli odbywa się na podstawie Pani/Pana zgody tj. podanie numeru telefonu. Podanie numeru następuje za moją zgodą w celu ułatwienia kontaktowania się PZON w związku   
z prowadzonym przez Zespół postępowaniem.

Nie podanie danych obowiązkowych wynikających z przepisów prawa skutkować będzie niemożliwością załatwienia sprawy związanej ze składanym wnioskiem.

11.Moje dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

**ZGODA**

Zgodnie z art.6 ust.1. lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679   
z dnia 27 kwietnia 2016r., wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zakresie numeru telefonu, przez **Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Myśliborzu** w celu przekazania istotnych informacji związanych z prowadzonym postępowaniem.

Oświadczam, że zostałem/am zapoznana z informacją administratora dotyczącą obowiązku informacyjnego oraz przysługujących mi praw.

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

*(data i czytelny)*