

DATA WPŁYWU

.....
(miejsowość i data)

**Do Powiatowego Zespołu
do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności
w Dzierżoniowie**
ul. Piastowska 1/403
58-200 Dzierżoniów
tel. 74 832 32 30

Nr sprawy PZON.500.WO.WZP.....
(wypełnia PZON)

Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o:*

- stopniu niepełnosprawności (dla osób powyżej 16-go roku życia)
- niepełnosprawności (tylko dla dzieci do 16-go roku życia)

Wniosek składam:*

- po raz pierwszy
- w związku z upływem ważności poprzedniego orzeczenia, z dnia
- mimo ważności orzeczenia z dnia, w związku ze zmianą stanu zdrowia

WNIOSEK PROSZĘ WYPEŁNIĆ PISMEM DRUKOWANYM

Nazwisko Imiona

Data urodzenia.....miejsce urodzenia

Seria i numer dowodu osobistego (paszportu, legitymacji szk., **aktu urodzenia-dzieci**)

PESEL

Adres zameldowania: kod pocztowy poczta

miejsowość ul..... nr domunr mieszkania.....

Adres do korespondencji (pobytu)

Nr telefonu e-mail:.....

**DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO- rodzic osoby niepełnoletniej (do 18-go roku życia)
lub ustanowiony opiekun prawny**

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego.....

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego miejsce urodzenia

Seria i nr dowodu osobistego przedstawiciela ustawowego.....

Adres zameldowania przedstawiciela ustawowego

Adres do korespondencji przedstawiciela ustawowego

Nr telefonu.....

Wniosek składam dla celów:*

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> odpowiedniego zatrudnienia | <input type="checkbox"/> uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego |
| <input type="checkbox"/> szkolenia | <input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego |
| <input type="checkbox"/> uczestnictwa w warsztacie terapii zajęciowej | <input type="checkbox"/> zamieszkiwania w oddzielnym pokoju |
| <input type="checkbox"/> zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze | <input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze |
| <input type="checkbox"/> korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> korzystania z ulg i uprawnień (wymienić jakich) |
| <input type="checkbox"/> uzyskania karty parkingowej | |
| <input type="checkbox"/> korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej | |

Sytuacja społeczna i zawodowa osoby zainteresowanej:*

Stan cywilny: kawaler/panna, żonaty/mężatka, wdowiec/wdowa, rozwiedziony/rozwiedziona,
 separowany/separowana

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

wykonywanie czynności samoobsługowych:	<input type="checkbox"/> samodzielnie	<input type="checkbox"/> z pomocą	<input type="checkbox"/> konieczna opieka
poruszanie się	<input type="checkbox"/> samodzielnie	<input type="checkbox"/> z pomocą	<input type="checkbox"/> konieczna opieka
prowadzenie gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/> samodzielnie	<input type="checkbox"/> z pomocą	<input type="checkbox"/> konieczna opieka

Sytuacja zawodowa:*

- wykształcenie: niepełne podstawowe; podstawowe; zasadnicze; średnie; wyższe,
 nie dotyczy
- zawód wyuczony.....
czy osoba zainteresowana wykonuje pracę zarobkową TAK, NIE
zawód wykonywany

Oświadczenia:

1. Nie pobieram/ pobieram* świadczenia: emeryturę, rentę, inne
2. Nie składałem /am / składałem /am* uprzednio wniosku do Powiatowego Zespołu o wydanie orzeczenia, jeżeli tak, to gdzie i kiedy
- Nie posiadam / posiadam orzeczenie* wydane przez ZUS, KRUS, OKIZ, MSWiA, inne
3. Mogę / nie mogę przybyć * na posiedzenie składu orzekającego (*jeśli nie, należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej, obłożnej choroby nierokującej poprawy*)
4. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
5. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania (zgodnie z art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego).
6. **Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadoma/y odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oraz odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego.**

KLAUZULA INFORMACYJNA

Pouczenie wynikające z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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.2016.119.1) - dalej RODO, informujemy o zasadach przetwarzania danych osobowych wnioskodawców Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Dzierżoniowie, a także o przysługujących im z tego tytułu prawach na podstawie przepisów prawa, zawartych umów i udzielonej zgody.

Informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych Pani/Pana lub dziecka jest Przewodniczący Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Dzierżoniowie będący członkiem Powiatowego Zespołu i jednocześnie pełniący wobec tego zespołu funkcję kierowniczą. Powiatowy Zespół w Dzierżoniowie zlokalizowany jest przy ul. Piastowskiej 1 w Dzierżoniowie.

2. Inspektor Ochrony Danych wykonuje swoje obowiązki w siedzibie Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności, zlokalizowanego w Dzierżoniowie przy ul. Piastowskiej 1, pok. 413, tel. 74 832-32-30 e-mail inspektordanychosobowych@pcprdzierzoniow.pl

3. Pani/Pana lub dziecka dane osobowe będą przetwarzane w celach rejestracji, analizy i załatwienia wpływających wniosków o ustalenie stopnia niepełnosprawności/ niepełnosprawności, wydania legitymacji osoby niepełnosprawnej i/lub karty parkingowej oraz w celu rozpatrzenia skarg na pracowników i członków Powiatowego Zespołu w Dzierżoniowie.

4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych dotyczących Pani/Pana lub dziecka jest:

- w przypadku ubiegania się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności ustawa z dnia 27.08.1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych ,
- w przypadku ubiegania się o wydania orzeczenia o wskazaniu do ulg i uprawnień ustawa z dnia 27.08.1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych ,
- w przypadku ubiegania się o wydanie legitymacji osoby niepełnosprawnej Rozporządzenie MGRiPS z dnia 15.07.2003r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności,
- w przypadku ubiegania się o wydania karty parkingowej Rozporządzenie MPiPS z dnia 25.06.2014r. w sprawie wzoru oraz trybu wydawania i zwrotu kart parkingowych,
- w przypadku skarg art. 254 ustawy z dnia 14.06.1960r. – Kodeks postępowania administracyjnego.

5. Prawnie uzasadnionym interesem realizowanym przez Administratora danych osobowych jest orzekanie o stopniu niepełnosprawności lub niepełnosprawności, wydanie legitymacji osoby niepełnosprawnej i karty parkingowej.

6. Pani/Pana lub dziecka dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcom innym niż organy publiczne, które otrzymują te dane w ramach konkretnego postępowania, zgodnie z obowiązującym prawem.

7.Okres przechowywania Pani/Pana lub dziecka danych osobowych wynika z Rozporządzenia Prezesa R.M. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.

8.Posiada Pani/Pan prawo do:

- żądania od Administratora dostępu do danych osobowych i prawo do ich sprostowania, usunięcia , żądania zaprzestania przetwarzania i prawo do przenoszenia danych ,
- wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
- wniesienia sprzeciwu , ograniczenia przetwarzania danych (uniemożliwiają prowadzenie postępowania).

9.Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i ma Pani/Pan obowiązek podania ich w zakresie wynikającym z przepisów prawa.

10.W przypadku wniesienia skargi na członków i/lub pracowników Powiatowego Zespołu w Dzierżoniowie podanie danych osobowych jest dobrowolne, a w przypadku odmowy podania tych danych nie będzie możliwe rozpatrzenie skargi.

11.Pani/Pana lub dziecka dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

12.Dane osobowe podlegają okresowemu przeglądowi i są przechowywane wyłącznie przez czas niezbędny do realizacji zadań wynikających z przepisów prawa.

13.Przysługuje Pani/Panu również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Urząd Ochrony Danych Osobowych (00-193 Warszawa, ul. Stawki 2, tel. 22 531 03 00, fax. 22 531 03 01,e-mail kancelaria@giodo.gov.pl) jeżeli uzna Pani/Pan, że przetwarzanie narusza przepisy RODO.

14.Administrator dokłada wszelkich starań, aby zapewnić wszelkie środki fizycznej, technicznej i organizacyjnej ochrony danych osobowych przed ich przypadkowym czy umyślnym zniszczeniem, przypadkową utratą, zmianą, nieuprawnionym ujawnieniem, wykorzystaniem czy dostępem, zgodnie ze wszystkimi przepisami powszechnie obowiązującymi.

.....
podpis osoby zainteresowanej

.....
podpis przedstawiciela ustawowego

WAŻNE

UWAGI DOTYCZĄCE SKŁADANIA WNIOSKU:

W załączeniu do **ORYGINAŁU** wniosku należy dołączyć:

1. **ORYGINAŁ zaświadczenia lekarskiego** o stanie zdrowia, wydanego przez lekarza nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku,
2. **uwierzytelnioną kserokopię dokumentacji medycznej**, tzn. potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez organ, który dokument wytworzył lub kopię wraz z oryginałem do wglądu, którą stanowią m.in.: karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych, opisy badań ekg, rtg, usg, TK, rezonansu magnetycznego, opinie psychologiczne (są ważne 2 lata), kartotekę z poradni prowadzącej oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności, a zwłaszcza okresu jej powstania,
3. kserokopie + oryginały (do wglądu i potwierdzenia za zgodność) posiadanych orzeczeń (ZUS, KRUS, OKIZ),
4. inne – wymienić jakie

Wniosek o ponowne ustalenie stopnia niepełnosprawności lub niepełnosprawności (kontynuacja posiadanego orzeczenia związana z utratą jego ważności) można składać nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia.

Na wniosek osoby zainteresowanej wyrabiamy legitymację osoby niepełnosprawnej.

(aktualizacja 20.05.2021r.)

* właściwie zaznaczyć krzyżykiem

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności
(ważne 30 dni)

Pan/i (lub imię i nazwisko dziecka)

Data i miejsce urodzenia

Seria i nr dowodu osobistego **PESEL**

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego- początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby:

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaj; czas trwania; pobyt w szpitalu; sanatorium:

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

5. Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

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

6. Używane przedmioty ortopedyczne, sprzęt pomocniczy i ewentualne potrzeby w tym zakresie:

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

7. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu):

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

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

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

9. Wzrost, waga, RR/mmHg

U w/w NASTĄPIŁO / NIE NASTĄPIŁO /* istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania do celów orzekania o stopniu niepełnosprawności lub niepełnosprawności**

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (data)

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data)

Czy lekarz wystawiając zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji pacjenta TAK / NIE *

W/w WYMAGA / NIE WYMAGA *opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w jest TRWALE NIEZDOLNY do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu komisji lekarskiej TAK / NIE *
W przypadku niemożności osobistego stawiennictwa na posiedzenie zespołu orzekającego należy dokładnie określić przyczynę uzasadniającą orzekanie zaoczne (zaoczne rozpatrywanie sprawy występuje jedynie w wyjątkowych przypadkach, jeżeli rozpoznana choroba jest długotrwała, nierokująca poprawy i powodująca całkowitą dysfunkcję fizyczną lub psychiczną osoby składającej wniosek tj. osoba leżąca, osoba upośledzona umysłowo bez kontaktu słownego, osoba podłączona do respiratora, itp.)

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

* niepotrzebne skreślić

** wypełnia się, gdy pacjent ponownie ubiega się o orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

.....
pieczętka i podpis lekarza
wydającego zaświadczenie

Uwaga

1. Prosimy o czytelne wypełnianie rubryk.
2. Do niniejszego zaświadczenia bardzo prosimy o dołączenie wyników badań, konsultacji bądź kart informacyjnych mających wpływ na ustalenie niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności (**odpisy lub kserokopie dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem** przez lekarza, uprawnionego pracownika placówki medycznej, pracownika urzędu państwowego).