

Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
/osoba między 16-tym a 18-tym rokiem życia lub osoba ubezwłasnowolniona/

Nr sprawy
PZOON.71 2024
Nr poprzedniej sprawy

Miejscowość i data

UWAGA: W przypadku ponownego ubiegania się o przyznanie stopnia niepełnosprawności wnioski należy złożyć nie wcześniej niż na 30 dni przed wygaśnięciem ważności poprzedniego orzeczenia!!!

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Numer i seria dowodu osobistego (leg. szkolnej)

[illegible]

Adres zameldowania/na stałe/

Adres zamieszkania (podać jeśli inny niż adres zameldowania).....

Dane przedstawiciela ustawowego:

Imię i Nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Nr i seria dowodu osobistego/paszportu/.....

[illegible]

Adres zameldowania/na stałe/.....

Adres zamieszkania (podać jeśli inny niż adres zameldowania).....

Nr telefonu kontaktowego

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności
w Ostrowcu Świętokrzyskim**

Zwracam się z prośbą o wydanie mi orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów* :

- szkolenie
- odpowiednie zatrudnienie
- uczestnictwo w terapii zajęciowej
- konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- korzystanie z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji / korzystanie z usług socjalnych , opiekuńczych , terapeutycznych i rehabilitacyjnych
- korzystanie z uprawnień art.8 ust.1 ustawy z 20.06.1997r. -Prawo o ruchu drogowym
- korzystanie ze świadczeń z pomocy społecznej
- uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego
- uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- Inne – korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów

Uzasadnienie wniosku:

1. Sytuacja społeczna :
 - a. stan cywilny
 - b. stan rodzinny (ile dzieci na utrzymaniu)
2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania* :

	samodzielnie	z pomocą
a. wykonywanie czynności samoobsługowych	☐	☐
b. prowadzenie gospodarstwa domowego	☐	☐
c. poruszanie się w środowisku	☐	☐
3. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego* : ☐niezbędne ☐wskazane ☐zbędne
 - a. jeżeli tak podać jaki:
4. Sytuacja zawodowa :
 - a. wykształcenie
 - b. zawód
 - c. obecne zatrudnienie

Oświadczam, że:

1. Pobieram świadczenie (nie pobieram świadczenia)** z ubezpieczenia społecznego:
- jakie **renta / emerytura**.....
- od kiedy (dokładna data).....
2. Aktualnie nie toczy się (toczy się)** w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem, podać jakim
3. Nie składałem (**składałem**)**uprzednio wniosek o ustalenie niepełnosprawności:
- **jeżeli tak, to kiedy – data złożenia wniosku**..... ,
- **podać numer orzeczenia**..... ,
- **z jakim skutkiem** **ważne do dnia**
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 obłożnej i długotrwałej choroby).
5. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydana przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora Danych Osobowych tj. Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Świętokrzyska 22, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski, w celu rozpatrzenia niniejszego wniosku.
7. Zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej (dostępnej na stronie internetowej bądź w siedzibie Zespołu)

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Uwaga !!! Do wniosku należy dołączyć:

1. „Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności” – **w oryginale**.
2. Aktualne dowody leczenia: posiadane opinie i konsultacje lekarzy specjalistów, opisy zdjęć RTG, karty informacyjne leczenia szpitalnego oraz inną dokumentację medyczną – **kserokopie i oryginały** (oryginały należy przynieść wyłącznie do wglądu).
3. Posiadane orzeczenia o grupach inwalidzkich **oryginały i kopie** (ZUS, KRUS, MSWiA, MON, Zespół Orzekający).

.....
podpis osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela
ustawowego

OŚWIADCZENIE o miejscu pobytu stałego

(Wypełniają osoby posiadające nowe dowody osobiste, w których brak jest adresu zamieszkania)

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010r. *o ewidencji ludności* (Dz. U. z 2022 r. poz. 1191 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 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 17) – 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)

*Jeśli TAK w miejsce ☐ wstawić x

** Niepotrzebne skreślić

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
miejscowość i data

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb
Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
(dla osoby po 16 roku życia)**

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Numer i seria dowodu osobistego

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

.....

.....

4. **(Wypełnić w przypadku, gdy osoba posiada chorobę narządu wzroku)**

Wzrok OP bez korekcji

Wzrok OL bez korekcji

Wzrok OP z korekcją

Wzrok OL z korekcją

Zwężenie pola widzenia

Rozpoznanie

.....

.....

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

.....

.....

.....

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie
7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu).....
8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia
9. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

TAK / NIE

10. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (rok)
11. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?
(rok)

12. W/w Pan/i wymaga / nie wymaga* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

13. W/w Pan/i jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

TAK / NIE

14. U w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia**

TAK / NIE

.....
(pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie)

*niepotrzebne skreślić

**dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Ostrowcu Świętokrzyskim

Zgodnie z art. 13 ust. 1-2 oraz art. 14 ust. 1-2 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 w skrócie **RODO** informujemy:

1. **Administratorem Twoich Danych jest** Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Ostrowcu Świętokrzyskim, którego siedzibą jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Świętokrzyska 22, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski, e-mail: orzecznictwo@pcpr.ostrowiec.pl, telefon 41 249 94 14
2. **Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Ostrowcu Świętokrzyskim przetwarza Twoje dane w celu wydania orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności oraz orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień.**

Na podstawie:

- Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 100.)
- Ustawy z dnia 20 czerwca 1997r. – Prawo o ruchu drogowym (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1047 z późn. zm.).

3. **W związku z przetwarzaniem danych w celach określonych w pkt. 2 Twoje dane będą udostępnione innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych.**

Odbiorcami Twoich danych będą:

- 1) Ty sam jako Strona postępowania, jako Wnioskodawca, Twój Pełnomocny,

Uwaga: Organy publiczne, które mogą otrzymywać Twoje dane osobowe w ramach konkretnego postępowania zgodnie z prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego, nie są uznawane za odbiorców.

4. **Okres przechowywania danych osobowych:**

Twoje dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wskazany w pkt. 3 celów przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z Jednolitego Rzeczonego Wykazu Akt.

5. **W związku z przetwarzaniem przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Ostrowcu Świętokrzyskim Twoich danych osobowych przysługuje Ci:**

- Prawo dostępu do swoich danych osobowych,
- Prawo do ograniczenia ich przetwarzania,
- Prawo do sprostowania swoich danych osobowych,
- Prawo do usunięcia danych,
- Prawo do przenoszenia swoich danych,
- Prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Twoich danych osobowych.

Uwaga: pozytywne rozpatrzenie Twojego sprzeciwu wobec przetwarzania danych lub prawa do przeniesienia danych musi być zgodny z przepisami prawa na podstawie których odbywa się przetwarzanie.

6. **W przypadku przetwarzania danych w oparciu o zgodę,** przysługuje Ci prawo do cofnięcia tej zgody w dowolny momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. W przypadku uznania, iż przetwarzanie Twoich danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 2016r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.) przysługuje Ci prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie przez Ciebie danych osobowych jest:
 - Dobrowolne, jest konieczne do załatwienia sprawy,
 - Wymogiem ustawowym, wynika z przepisów Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 100.)
9. Twoje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
10. **Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, profilowanie:**

Twoje dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

Dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Ostrowcu Świętokrzyskim w celu wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym, wykonania zadanie określonego w przepisach prawa.

Potwierdzam zapoznanie się z powyższym tekstem i zrozumienie przysługujących mi praw

Ostrowiec Świętokrzyski, data podpis