

WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
(dotyczy osób powyżej 16 roku życia)

1. **O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** TAK NIE
– dla osób, które pierwszy raz ubiegają się o uzyskanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
2. **O WYDANIE ORZECZENIA O PONOWNE USTALENIE STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** TAK NIE
– dla osób niepełnosprawnych, posiadających orzeczenie o stopniu niepełnosprawności na czas określony
3. **O WYDANIE ORZECZENIA O PONOWNE WYDANIE ORZECZENIA UWZGLĘDNIAJĄCEGO ZMIANĘ STANU ZDROWIA** TAK NIE
– dla osób niepełnosprawnych, posiadających orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, które ubiegają się o orzeczenie z tytułu zmiany stanu zdrowia

IMIĘ I NAZWISKO:
DATA I MIEJSCE URODZENIA:
PESEL:
TELEFON:
NAZWA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI:
ADRES ZAMELDOWANIA NA POBYT STAŁY:
ADRES POBYTU (KORRESPONDENCYJNY):
IMIĘ I NAZWISKO PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO:
<small>w przypadku wniosków osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych</small>
DATA I MIEJSCE URODZENIA: PESEL:
NAZWA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI:
ADRES ZAMIESZKANIA:
NIE DOTYCZY*

DO POWIATOWEGO ZESPÓŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W RYKACH

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

- ODPOWIEDNIEGO ZATRUDNIENIA
- SZKOLENIA
- UCZESTNICTWA W TERAPII ZAJĘCIOWEJ
- KONIECZNOŚCI ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE
- KORZYSTANIA Z SYSTEMU ŚRODOWISKOWEGO WSPARCIA W SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI (KORZYSTANIA Z USŁUG SOCJALNYCH, OPIEKUŃCZYCH, TERAPEUTYCZNYCH I REHABILITACYJNYCH)
- KORZYSTANIA Z KARTY PARKINGOWEJ (ART. 8 ust. 3a pkt 1 USTAWY Z DNIA 20.06.1997R. PRAWO O RUCHU DROGOWYM)
- KORZYSTANIA ZE ŚWIADCZEŃ POMOCY SPOŁECZNEJ
- UZYSKANIA ZASIŁKU PIELĘGNACYJNEGO
- UZYSKANIA PRZEZ OPIEKUNA ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNEGO
- ZAMIESZKIWANIA W ODDZIELNYM POKOJU (ART. 5 UST. 3 USTAWY Z DNIA 21 CZERWCA 2001 R. O DODATKACH MIESZKANIOWYCH)
- UZYSKANIA PRZEZ OPIEKUNA URLOPU WYCHOWAWCZEGO W DODATKOWYM WYMIARZE
- KORZYSTANIA Z INNYCH ULG (JAKICH?)

CEL PODSTAWOWY Z WYŻEJ WYMIENIONYCH TO (PROSZĘ WPISAĆ):

UZASADNIENIE WNIOSKU:

1. SYTUACJA SPOŁECZNA:

STAN CYWILNY: STAN RODZINNY:

(NP PANNA, ZAMĘŻNA, WDOWA) (ILOŚĆ OSÓB NA WSPÓLNYM UTRZYMANIU)

ZDOLNOŚĆ DO SAMODZIELNEGO FUNKCJONOWANIA:*

WYKONYWANIE CZYNNOŚCI SAMOOBSŁUGOWYCH: SAMODZIELNIE Z POMOCĄ Z OPIEKĄ

PROWADZENIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO: SAMODZIELNIE Z POMOCĄ Z OPIEKĄ

PORUSZANIE SIĘ W ŚRODOWISKU: SAMODZIELNIE Z POMOCĄ Z OPIEKĄ

2. KORZYSTANIE ZE SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO* NIEZBĘDNE WSKAZANE ZBĘDNE

3. SYTUACJA ZAWODOWA:

WYKSZTAŁCENIE:
ZAWÓD WYUCZONY:

właściwe zaznaczyć symbolem X w kratce

CZY AKTUALNIE WYKONUJE PRACĘ ZAROBKOWĄ: TAK NIE

ZAWÓD WYKONYWANY:

OŚWIADCZAM, ŻE:

1. **POBIERAM** **NIE POBIERAM** ŚWIADCZENIA Z UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO:

JAKIE:

OD KIEDY:

2. AKTUALNIE **TOCZY SIĘ** **NIE TOCZY SIĘ** W MOJEJ SPRAWIE POSTĘPOWANIE PRZED INNYM ORGANEM ORZECZNICZYM, Podać JAKIM:

3. **SKŁADAŁEM** **NIE SKŁADAŁEM** UPRIEDNIO WNIOSKU O USTALENIE STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI: JEŻELI TAK, TO KIEDY:

Z JAKIM SKUTKIEM:

DATA WYDANIA OSTATNIEGO ORZECZENIA: NUMER SPRAWY:

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 DŁUGOTRWALEJ LUB NIE ROKUJĄCEJ POPRAWY CHOROBY).

5. 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 WE WŁASNYM ZAKRESIE.

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

W załączeniu do wniosku przedkładam (uwaga! – wymienione niżej dokumenty należy obowiązkowo złożyć razem z wnioskiem do Powiatowego Zespołu):

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza leczącego wypełnione czytelnie we wszystkich rubrykach **wydane w ciągu miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku.**

2. Posiadaną dokumentację medyczną,

3. Orzeczenie organu rentowego, jeżeli zostało wydane (ZUS, KRUS, MSWiA, MON),

4. Inne dokumenty, podać jakie:

POUCZENIE:

1. Jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczającą i został wyznaczony termin jej uzupełnienia, a wnioskodawca tego nie dopełnił, musi się liczyć z tym, że brak tych dokumentów spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania - § 6 ust. 5 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r.

2. Niestawienie się osoby zainteresowanej na wyznaczonym posiedzeniu składu orzekającego powoduje pozostawienie sprawy bez rozpoznania chyba, że niestawienie się zostało usprawiedliwione w ciągu 14 dni od wyznaczonego terminu posiedzenia - § 7 ust. 6 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r.

3. Jeżeli Pan(i) posiada ważne orzeczenie Zespołu i nie nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia – nowy wniosek o ponowne orzekanie należy złożyć nie wcześniej niż 30 dni przed utratą ważności posiadanego orzeczenia – jeżeli wniosek będzie złożony wcześniej, Zespół wyda decyzję po ukończeniu ważności posiadanego orzeczenia.

4. Jeżeli Pan(i) posiada orzeczenie organu rentowego: ZUS, KRUS, służb mundurowych, itp. należy je przedłożyć wraz ze składanym wnioskiem.

.....
PODPIS OSOBY ZAINTERESOWANEJ LUB W PRZYPADKU OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ PODPIS MATKI, OJCA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO

* właściwe zaznaczyć symbolem X w kratce

Wniosek należy wypełnić drukowanymi literami.

KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

1. Administratorem danych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Rykach reprezentowany przez Przewodniczącego (adres: ul. Żytnia 23, 08-500 Ryki, tel. kontaktowy: tel. 881615303, adres e-mail: zon@ryki.powiat.pl).
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu e-mail: inspektor@cbi24.pl.
3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu prowadzenia postępowania o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności, o wskazaniach do ulg i uprawnień.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. c) RODO (przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze) i art. 9 ust. 2 lit. h RODO (przetwarzanie danych wrażliwych, jeśli jest to niezbędne do celów profilaktyki zdrowotnej lub medycyny pracy, do oceny zdolności pracownika do pracy, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego czy leczenia). Przepisy szczególne zostały zawarte w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz.U. z 2018r. poz.511)
5. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych, tj. 10 lat.
6. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
7. Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
8. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
9. Podanie przez Państwa danych osobowych jest warunkiem ustalenia prawa do wydania orzeczenia o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności, lub prawa do ulg i uprawnień, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3.
10. Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych tj. usługodawcom wykonujących usługi serwisu systemów informatycznych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa. Dane osobowe będą ujawniane osobom działającym z upoważnienia administratora, mającym dostęp do danych osobowych i przetwarzającym je wyłącznie na polecenie administratora, chyba że wymaga tego prawo UE lub prawo państwa członkowskiego.

.....
(data i czytelny podpis osoby poinformowanej)

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb
ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Imię i nazwisko

Data urodzenia miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Nr i seria dowodu osobistego

numer PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek 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. 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, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu):

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

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

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

Czy lekarz wystawiający 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)

Czy Pan/Pani może (w związku z ciężką, przewlekłą, ograniczającą możliwość poruszania się chorobą lub pobytem w szpitalu), stawić się na posiedzenie zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności:

MOŻE się stawić

NIE MOŻE* się stawić

Zaświadczenie lekarskie jest ważne 30 dni od jego wydania (podstawa prawna
Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003r. Dz. U. z 2021 poz. 857 - § 6 ust. 2)

.....
pieczętka i podpis lekarza

* wstawić symbol **X** we właściwe okienko –