

WNIOSEK
W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
(dotyczy osoby która ukończyła 16 rok życia, a nie ukończyła 18 roku życia)

Nr wniosku
.....
(miejsowość i data)

I. Dane osoby zainteresowanej

Imiona: Nazwisko:

Data urodzenia miejsce urodzenia:

Nr PESEL: _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ Legitymacja Szkolna nr:

Adres zameldowania na pobyt stały: kod pocztowy _/ _/ - _/ _/ _/ poczta

Miejscowość: ul.

nr domu nr mieszkania powiat

Adres zameldowania na pobyt czasowy (powyżej 2 miesięcy):

kod pocztowy _/ _/ - _/ _/ _/ poczta miejscowość

ul. nr domu nr mieszkania

II. Dane przedstawiciela ustawowego osoby zainteresowanej (rodzic, opiekun prawny)

Imiona: Nazwisko

Nr PESEL: _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ Data i miejsce urodzenia:

Dokument stwierdzający tożsamość: seria _/ _/ _/ nr _/ _/ _/ _/ _/ _/

Adres zameldowania na pobyt stały: kod pocztowy _/ _/ - _/ _/ _/ poczta

Miejscowość: ul.

nr domu nr mieszkania nr telefonu

III. Adres do korespondencji: kod pocztowy _/ _/ - _/ _/ _/ poczta

Miejscowość: ul.

nr domu nr mieszkania powiat

Do Powiatowego Zespołu do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności
58-100 Świdnica, ul. Wałbrzyska 15

Wniosek składam: **pierwszy raz /ze względu na upływ terminu ważności poprzedniego orzeczenia /ze względu na zmianę stanu zdrowia** i zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów (właściwe podkreślić):

- odpowiedniego zatrudnienia,
- szkolenia w tym specjalistycznego,
- zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej,
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze,
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych,
- konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji (zasilek stały),

- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
- korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów:
 - karta parkingowa,
 - prawo do zamieszkiwania w oddzielnym pomieszczeniu,
 - inne

1. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

- a/ wykonywanie czynności samoobsługowych samodzielnie* z pomocą
 b/ poruszanie się w środowisku samodzielnie* z pomocą

2. Oświadczam, że nie składano* / składano / uprzednio wniosku o ustalenie niepełnosprawności oraz stopnia niepełnosprawności, w **Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w** (kserokopia ostatniego orzeczenia w załączeniu) data komisji data ważności orzeczenia
3. Oświadczam, że aktualnie toczy się* / nie toczy się / w sprawie osoby zainteresowanej postępowanie przed innym organem orzeczniczym, podać w, jakim*: **WZON we Wrocławiu, Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych.**
4. **Oświadczam, że na posiedzenie składu orzekającego*:**
- osoba zainteresowana przybędzie z opiekunem,
 - osoba zainteresowana nie może przybyć (w tym przypadku należy **załączyć zaświadczenie lekarskie** potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby).
5. W razie stwierdzenia przez skład orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza – jestem świadom/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
6. Do wniosku należy dołączyć oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wydanego nie wcześniej niż 30 dni przed złożeniem wniosku oraz kserokopie posiadanej dokumentacji medycznej mogącej mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności i stopnia niepełnosprawności (oryginały do wglądu).

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

Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z treścią klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych, dołączonej do niniejszego wniosku.

Wyrażam zgodę na osobisty odbiór orzeczenia wydanego przez PZON w Świdnicy w terminie 14 dni od dnia posiedzenia komisji. Po upływie tego terminu orzeczenie zostanie wysłane za pośrednictwem firmy kurierskiej.

W załączeniu przedkładam*:

1. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
2. Posiadaną dokumentację medyczną.
3. Kserokopię ostatniego orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności.

.....
 Czytelny podpis przedstawiciela
 ustawowego osoby zainteresowanej

* Niepotrzebne skreślić

Miejscowość i data

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

U Pana /i/

Zamieszkałego /ej/

PESEL _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

stwierdza się, co następuje:

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

.....

.....

Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie, jakiej dokumentacji);
stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby

.....

.....

.....

.....

Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

.....

.....

.....

.....

Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje; czas trwania; pobyt w szpitalu, sanatorium

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

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

Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie stanowiących załączniki do niniejszego zaświadczenia

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

Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

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

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

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data)

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

U w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia od czasu poprzedniego badania przez zespół **Tak/Nie***

W/w Pan/i **jest zdolny(a) / nie jest zdolny(a)*** do osobistego stawiennictwa na posiedzenie składu orzekającego w siedzibie zespołu.

W przypadku **niemożności osobistego stawiennictwa** na posiedzenie zespołu orzekającego należy dokładnie określić przyczynę uzasadniającą orzekanie zaoczne **:

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

UWAGA !

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.).

.....
stempel i podpis lekarza
wydającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić

** wypełnić w przypadku niemożności przybycia osoby zainteresowanej na posiedzenie składu orzekającego

Starając się o zaliczenie do osób niepełnosprawnych lub o przyznanie stopnia niepełnosprawności należy złożyć w PZON w Świdnicy (pok. nr 10) następujące dokumenty:

1. **Wniosek** – dokładnie, **czytelnie** oraz **kompletnie** wypełniony,
2. **Aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia** wystawione przez lekarza prowadzącego (zaświadczenie **ważne jest 30 dni** od daty wystawienia przez lekarza),
3. **Kserokopie wszystkich aktualnych orzeczeń** - (PZON, WZON, Prawomocny Wyrok Sądu, ZUS, KRUS, KIZ),
4. **Kserokopie dokumentacji medycznej** mogącej mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności (**oryginały do wglądu** w momencie składania wniosku).

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

W związku z realizacją wymogów 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 „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Państwa danych osobowych w Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności oraz o przysługujących Państwu prawach z tym związanych.

Nowe przepisy wymagają klarownego informowania i powiadomienia w jakim celu, czasie i zakresie używamy Państwa danych osobowych. Zachęcamy do przeczytania poniższej informacji:

1. Administratorem danych osobowych Pani/Pana lub dziecka jest Przewodniczący Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Świdnicy, będący członkiem Powiatowego Zespołu i jednocześnie pełniący wobec tego zespołu funkcję kierowniczą. Powiatowy Zespół w Świdnicy, zlokalizowany przy ul. Wałbrzyskiej 15, 58-100 Świdnica.
2. Jeśli mają Państwo pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Państwa danych osobowych, a także przysługujących Państwu uprawnień lub pragnęliby Państwo pozyskać kopie swoich danych osobowych lub skorzystać z innych praw Państwu przysługujących, prosimy o kontakt elektroniczny pod adresem e-mail: iodo@powiat.swidnica.pl, bądź pisemnie na adres Powiatowego Zespołu, ul. Wałbrzyska 15, 58-100 Świdnica.
3. Inspektorem ochrony danych osobowych w Powiatowym Zespole jest pan Wojciech Chudziński, który wykonuje ww. obowiązki w siedzibie Powiatowego Zespołu w pokoju nr 10, kontakt tel.: 74 851-50-15.
4. 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 Świdnicy.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych dotyczących Pani/Pana lub dziecka jest:
 - w przypadku ubiegania się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
 - w przypadku ubiegania się o wydanie orzeczenia o wskazaniu do ulg i uprawnień Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
 - w przypadku ubiegania się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
 - w przypadku ubiegania się o wydanie legitymacji osoby niepełnosprawnej Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności,
 - w przypadku ubiegania się o wydanie karty parkingowej Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie wzoru oraz trybu wydawania i zwrotu kart parkingowych
 - w przypadku skarg art. 254 Kodeksu postępowania administracyjnego;
 - art. 6 ust. 1 lit. e) RODO (przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi);
 - art. 9 ust. 2 lit. h) RODO (przetwarzanie szczególnej kategorii danych osobowych).
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 Rady Ministrów w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych z dnia 18 stycznia 2011 r. oraz Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
8. Posiada Pani/Pan prawo żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania oraz ograniczenia przetwarzania;
9. Maja Państwo prawo wnieść skargę w związku z przetwarzaniem przez nas Państwa danych osobowych do organu nadzorczego, właściwego w sprawach ochrony danych osobowych. W Polsce jest nim Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Informacje adresowe:
Biuro Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa. Nr tel. 22 531 03 00, fax. 22 531 03 01, adres e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl. Strona internetowa PUODO: www.uodo.gov.pl.
10. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i ma Pani/Pan obowiązek podania ich w zakresie wynikającym z przepisów prawa;
11. Ograniczenie przetwarzania danych osobowych lub wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania uniemożliwia prowadzenie postępowania;
12. W przypadku wniesienia skargi na członków i/lub pracowników Powiatowego Zespołu w Świdnicy podanie danych osobowych jest dobrowolne, a w przypadku odmowy podania tych danych nie będzie możliwe rozpatrzenie skargi;