

Nr sprawy: PCPR-PZO.71.....

**Do Powiatowego Zespołu
do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności
w Dąbrowie Tarnowskiej**

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Dane osoby zainteresowanej:

IMIĘ I NAZWISKO.....

DATA URODZENIA.....

MIEJSCE URODZENIA.....PESEL. [][][][][][][][][][][]

SERIA I NR DOWODU OSOBISTEGO.....

ADRES ZAMIESZKANIA.....kod.....

ADRES DO KORESPONDENCJI.....

NR TELEFONU KONTAKTOWEGO:

Dane przedstawiciela ustawowego (wypełnić w przypadku, gdy osobą zainteresowaną jest: dziecko w wieku od 16 do 18 lat lub osoba ubezwłasnowolniona – należy potwierdzić ten fakt postanowieniem sądu):

IMIĘ I NAZWISKO.....

DATA URODZENIA.....

MIEJSCE URODZENIA.....PESEL. [][][][][][][][][][][]

SERIA I NR DOWODU OSOBISTEGO.....

ADRES ZAMIESZKANIA.....kod.....

ADRES DO KORESPONDENCJI.....

NR TELEFONU KONTAKTOWEGO:

Wniosek składam:

- 1) po raz pierwszy*
- 2) w celu kontynuacji orzeczenia o stopniu niepełnosprawności*
- 3) w związku z pogorszeniem stanu zdrowia – posiadam aktualne orzeczenie wydane przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności*
- 4) w celu ustalenia czy istnieją znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się.

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

- szkolenia
- zatrudnienia
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
- korzystania ze świadczeń pomocy społecznej (zasilek stały)
- korzystania z karty parkingowej
- uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- zamieszkania w oddzielnym pokoju
- korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów/podać jakich ulg

Cel główny złożenia wniosku

1.Sytuacja społeczna: stan cywilny (*właściwe podkreślić): kawaler/panna
żonaty/zamężna
wdowiec/wdowa
rozwiedziony/rozwiedziona
separowany/separowana

stan rodzinny:.....osób

2.Zdolność do samodzielnego funkcjonowania: *właściwe podkreślić

a) wykonywanie czynności samoobsługowych:	samodzielnie	z pomocą	opieka*
b) poruszanie się w środowisku:	samodzielnie	z pomocą	opieka*
c) prowadzenie gospodarstwa domowego:	samodzielnie	z pomocą	opieka*

3.Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego: *właściwe podkreślić

zbędne wskazane (podać jakiego).....

4.Sytuacja zawodowa: wykształcenie: *właściwe podkreślić: niepełne podstawowe, podstawowe, zasadnicze zawodowe, średnie, wyższe

zawód wyuczony..... obecne zatrudnienie-miejsce pracy

i wykonywany zawód.....

uczeń-szkoła, klasa:.....

OŚWIADCZAM, że:

1.aktualnie pobieram/nie pobieram * świadczenia z ubezpieczenia społecznego tj. rentę, emeryturę, zasiłek pielęgnacyjny, dodatek pielęgnacyjny, rentę rodzinną, od kiedy?.....

2.aktualnie toczy się/nie toczy się* w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem, podać jakim?.....

3.skladałem/am /nie składałem/am * uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności, jeśli tak, to kiedy.....z jakim skutkiem.....

4.mogę/nie mogę* przybyć na posiedzenie składu orzekającego. Jeśli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby.

5.posiadam/nie posiadam* ważne orzeczenie, podać jakie:
.....

6. w razie stwierdzonej przez zespół 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.

7. Zobowiązuję się do informowania Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności o zmianie adresu lub miejsca pobytu (zgodnie z art. 41 Kpa).

8. w razie, gdy dokumentacja medyczna jest niewystarczająca do pełnej oceny stanu zdrowia jestem świadomy wymogu skierowania mnie na badania specjalistyczne do Krakowa zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2007r. w sprawie wykonywania badań specjalistycznych na potrzeby orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz.U. Nr 250, poz.1875)

9. Zgodnie z art. 13 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 (dalej: RODO), zostałem poinformowany, iż: Administratorem moich danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności, ul. Szpitalna 1, 33-200 Dąbrowa Tarnowska.

Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - iod@pcprdt.pl. Przetwarzanie moich danych osobowych odbywać się będzie wyłącznie w celu rozpatrzenia wniosku o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. Przetwarzanie moich danych osobowych odbywać się będzie na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust 2 lit b i h RODO oraz art. 35a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019r., poz. z późn. zm.) wraz z aktami wykonawczymi. Odbiorcami moich danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa. Moje dane osobowe przechowywane będą przez okres wynikający z przepisów archiwalnych. Posiadam prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, chyba, że przepisy odrębne stanowią inaczej lub ich dalsze przetwarzanie, będące wynikiem złożonego wcześniej wniosku lub rozpoczęcia prowadzenia sprawy jest niezbędne z uwagi na przepisy szczegółowe. Mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem jest obligATORYJNE i jest warunkiem koniecznym do rozpatrzenia sprawy. Szczegółowe informacje na temat przetwarzania danych znajdują się w klauzuli informacyjnej dostępnej na stronie www.pcprdt.pl, w Biuletynie Informacji Publicznej oraz na tablicach ogłoszeniowych PZOoN w Dąbrowie Tarnowskiej.

OSWIADCZAM, 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:

- 1.zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego, w ciągu miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku.*
- 2.kserokopie posiadanej dokumentacji medycznej.*
- 3.kserokopie orzeczenia :Lekarza Orzecznika ZUS o niezdolności do pracy, KIZ o posiadanej grupie inwalidzkiej lub o stopniu niepełnosprawności.*

- *właściwie podkreślić*

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Załączniki:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....
- 8.....
- 9.....
- 10.....
- 11.....
- 12
- 13
- 14
- 15

.....
data i podpis wnioskodawcy

Do wniosku o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności osoba zainteresowana ma obowiązek dołączyć zaświadczenie lekarskie - ważne jeden miesiąc od dnia wydania przez lekarza zawierające opis stanu zdrowia, rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących potwierdzone dokumentacją medyczną, np. ksero: wyników badań, kart informacyjnych, historii choroby, zaświadczeń lekarskich potwierdzonych za zgodność z oryginałem (lub okazać oryginały do wglądu), posiadane zdjęcia RTG a także orzeczenia ZUS, KRUS oraz ostatnie orzeczenie wydane przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności, jeśli takie posiada.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności

Imię i nazwiskodata ur.

Adres zamieszkania

Seria i nr dowodu osobistegoPESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (uwzględnić stopień wydolności):

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

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

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące (uwzględnić stopień wydolności):

.....
.....

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

.....
.....

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

.....
.....

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

.....
.....

7. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, potwierdzonych rozpoznanie, załączonych do zaświadczenia :

.....
.....

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

.....
.....

9. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenia? (data)

10. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data)

11. Czy lekarz wystawiający zaśw. ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta? TAK* / NIE*

12. W/w Pan/i wymaga* / nie wymaga* pomocy i opieki drugiej osoby 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 stopniu niepełnosprawności TAK* / NIE*

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

* właściwe podkreślić

** dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie

(pieczęć i podpis lekarza wydającego zaświadczenia)

Adnotacja zakładu pracy chronionej

Zakład pracy chronionej przejmuje odpowiedzialność za uzupełnienie koniecznej do oceny stanu zdrowia orzekań dokumentacji medycznej.

.....
(pieczęćka zakładu pracy chronionej)

.....
(pieczęć i podpis lekarza wydającego zaświadczenia)

Zaświadczenie Lekarskie jest miesiąc ważne od daty wystawieni

