# Wniosek

**PIECZĄTKA WPŁYWU WNIOSKU DO ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO**

**o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**

**(dotyczy osób powyżej 16 roku życia)**

Nr sprawy:

**(w przypadku kolejnego orzeczenia ponowny wniosek należy złożyć nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia, nie dotyczy osób ubiegających się o zmianę stanu zdrowia)**

# DANE OSOBOWE OSOBY ZAINTERESOWANEJ:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NAZWISKO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IMIĘ 1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| **IMIĘ 2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | |
| **PŁEĆ** | M | **/** | K | *Odpowiednio zaznaczyć* | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATA URODZENIA** |  |  |  |  |  |  |  |  | Wpisać cyframi: dzień/miesiąc/rok | | | | | | | | | |  |
| **MIEJSCE URODZENIA** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | |
| **OBYWATELSTWO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SERIA I NR DOK.TOŻSAMOŚCI** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | |
| **RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI** | 1. ***dowód osobisty*** 2. ***paszport*** 3. ***legitymacja szkolna (dotyczy osoby przed 18 rokiem życia)*** 4. ***odpis skrócony aktu urodzenia (dotyczy osoby przed 18 rokiem życia)*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**ADRES ZAMELDOWANIA OSOBY ZAINTERESOWANEJ:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MIEJSCOWOŚĆ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ULICA, NR DOMU, LOKALU** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **KOD POCZTOWY** |  |  | **-** |  |  |  |  | | | | | | | | | |
| **POCZTA** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TELEFON KONTAKTOWY** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ADRES POBYTU OSOBY ZAINTERESOWANEJ** *(wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania) UWAGA! TEN ADRES JEST TAKŻE ADRESEM DO DORĘCZEŃ KORESPONDENCJI*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MIEJSCOWOŚĆ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ULICA, NR DOMU, LOKALU** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **KOD POCZTOWY** |  |  | **-** |  |  |  |  | | | | | | | | | |
| **POCZTA** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Inny sposób ułatwiający kontakt z wnioskodawcą (e-mail, fax): | | | | | | | | | | | | | | | | |

**DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO** *(w przypadku wniosków osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NAZWISKO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IMIĘ 1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| **IMIĘ 2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | |
| **PŁEĆ** | M | **/** | K | *Odpowiednio zaznaczyć* | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATA URODZENIA** |  |  |  |  |  |  |  |  | Wpisać cyframi: dzień/miesiąc/rok | | | | | | | | | |  |
| **MIEJSCE URODZENIA** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | |
| **OBYWATELSTWO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SERIA I NR DOK.TOŻSAMOŚCI** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | |
| **RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI** | 1. ***dowód osobisty*** 2. ***paszport*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# ADRES ZAMELDOWANIA/POBYTU PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO / *(w przypadku*

*wniosków osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MIEJSCOWOŚĆ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ULICA, NR DOMU, LOKALU** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **KOD POCZTOWY** |  |  | **-** |  |  |  |  | | | | | | | | | |
| **POCZTA** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TELEFON KONTAKTOWY** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

**DLA CELÓW: (*zaznaczyć X)***

|  |  |
| --- | --- |
|  | Odpowiedniego zatrudnienia |
|  | Szkolenia |
|  | Uczestnictwa w terapii zajęciowej |
|  | Konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze |
|  | Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji |
|  | Korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. z 20.06.1977 r. Prawo o ruchu drogowym (*Karta parkingowa)* |
|  | Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej |
|  | Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego |
|  | Uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego |
|  | Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju |
|  | Uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze |
|  | Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów (*jakich? wymienić np. korzystanie z rehabilitacji)* |

**DANE DOTYCZACE SYTUACJI SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ: *(zaznaczyć X)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STAN CYWILNY:** | *kawaler / panna* |  |
| *żonaty / zamężna* |  |
| *separowany / separowana* |  |
| *wdowiec / wdowa* |  |
| *rozwiedziony / rozwiedziona* |  |
| **WYKONYWANIE CZYNNOŚCI SAMOOBSŁUGOWYCH** | *samodzielnie* |  |
| *z pomocą* |  |
| *opieka* |  |
| **PORUSZANIE SIĘ** | *samodzielnie* |  |
| *z pomocą* |  |
| *opieka* |  |
| **PROWADZENIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO** | *samodzielnie* |  |
| *z pomocą* |  |
| *opieka* |  |
| **WYKSZTAŁCENIE** | *wyższe* |  |
| *średnie* |  |
| *zasadnicze* |  |
| *podstawowe* |  |
| *podstawowe nieukończone i bez*  *wykształcenia szkolnego* |  |
| **ZAWÓD WYUCZONY** |  |  |
| **CZY AKTUALNIE WYKONUJE PRACĘ ?** |  |  |
| **ZAWÓD AKTUALNIE WYKONYWANY** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Czy Pan/Pani pobiera świadczenie z ubezpieczenia społecznego? (*zaznaczyć X)*** | * *emerytura,* * *renta rodzinna* * *świadczenie rehabilitacyjne,* * *renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy* * *renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy* * *renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i do samodzielnej egzystencji,*    *inne, jakie*?.................................................  ……………………………………………….  ……………………………………………… |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy ze względu na stan zdrowia może Pan/Pani przybyć na posiedzenie składu orzekającego?  **(*zaznaczyć X*)** (***jeśli nie, należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby***  ***uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo)*** | **TAK** | **NIE** |

Wniosek składam ze względu na: **z*aznaczyć X***

|  |  |
| --- | --- |
| Pierwszy wniosek |  |
| Zmiana stanu zdrowia w trakcie ważności dotychczasowego orzeczenia |  |
| Ponowne wydanie orzeczenia po upływie ważności dotychczasowego |  |

**Do wniosku obowiązkowo należy dołączyć:**

1. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku,
2. Kopię (potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez lekarza lub placówkę służby zdrowia) ***aktualnej***

dokumentacji medycznej lub kopię + oryginał do wglądu,

1. Kopię orzeczenia (wraz z oryginałem do wglądu) wydanego wcześniej przez inny Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności lub inny organ.
2. Kopię (oryginał do wglądu) postanowienia lub zaświadczenia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego dla osoby ubezwłasnowolnionej, pełnomocnictwa notarialnego do dokonywania czynności w imieniu osoby zainteresowanej.
3. W dniu składania wniosku należy przedłożyć do wglądu dokument tożsamości osoby zainteresowanej i przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika (w przypadku jego ustanowienia).

**Pola w rubrykach należy wypełnić czytelnie, pismem drukowanym, dużymi literami**

**Jeżeli osoba nie jest w stanie złożyć podpisu należy w odpowiednim miejscu na wniosku zamieścić adnotację (wraz z pieczątką i podpisem) lekarza, pielęgniarki środowiskowej, bądź pracownika socjalnego, że ze względu na stan zdrowia wnioskodawca nie jest zdolny do złożenia podpisu**

**Oświadczenia:**

1. Jestem świadomy/a, że jeżeli załączona do wniosku dokumentacja medyczna jest niewystarczająca

do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności Przewodniczący Zespołu zawiadamia na piśmie osobę zainteresowaną o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, iż nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.

1. Stosownie do art. 41 ustawy z dnia 14.06.1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego przyjmuję do wiadomości, iż w toku postępowania mam obowiązek powiadamiać o każdej zmianie swego adresu. W razie zaniedbania ww. obowiązku doręczenie pisma pod dotychczasowy adres ma skutek prawny.
2. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie lub zatajenie prawdy, zgodnie z art. 233 § 1i ustawy z dnia 06.06.1997 r. Kodeks Karnym oświadczam, że dane podane we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.
3. Stosownie do art. 23 ust.1 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę

na przetwarzanie moich danych osobowych oraz osoby w imieniu której występuję dla celów wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

........................................., dnia ................................ ...........................................................

**(czytelny podpis osoby zainteresowanej lub uprawnionej)**

i Art. § 1 Kodeksu karnego „Kto składając zeznanie mające posłużyć jako dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat trzech”.

# Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (zwanym dalej Rozporządzeniem) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Powiecie Łódzkim Wschodnim, al. J. Piłsudskiego 133d, 92-318 Łódź. Kontakt jest możliwy za pomocą telefonu 42 6744834 lub mailem na adres: [pzon@lodzkiwschodni.pl](mailto:zonlw@wp.pl). W sprawach związanych z danymi osobowymi kontaktuj się z Inspektorem ochrony danych poprzez adres: [pzon@lodzkiwschodni.pl](mailto:zonlw@wp.pl)
2. Dane osobowe w dokumentach składanych w naszym Zespole przetwarzane będą w celu realizacji składanych wniosków należących do właściwości rzeczowej lub miejscowej Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Powiecie Łódzkim Wschodnim. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji złożonego wniosku oraz przez wymagany przepisami prawa okres ich archiwizacji zgodny z kategorią archiwizacyjną określoną przepisami prawa.
3. W związku z przetwarzaniem danych związanych z realizacją Pani/Pana wniosku, dane Pani/Pana mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców. Odbiorcami danych mogą być:
4. podmioty upoważnione do odbioru Pani/Pana danych na podstawie przepisów prawa (np. organ II instancji w celu realizacji złożonego odwołania);
5. podmioty, które przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w imieniu administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające).
6. W związku z przetwarzaniem przez Administratora danych osobowych przysługuje Pani/Panu:
7. prawo dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 Rozporządzenia;
8. prawo do sprostowania danych, na podstawie art. 16 Rozporządzenia. (Uwaga: realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych oraz z zasadami wynikającymi z Kodeksu postępowania administracyjnego czy archiwizacji).
9. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych jeżeli Pani/Pan uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia.
10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem prowadzenia postępowania przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Powiecie Łódzkim Wschodnim.
11. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.