

Wniosek 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 2 miesiące przed upływem ważności posiadanego orzeczenia, nie dotyczy osób ubiegających się o zmianę stanu zdrowia.

Dla osób, które kończą 16 lat - w przypadku kolejnego orzeczenia ponowny wniosek należy złożyć nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem ważności posiadanego orzeczenia.

DANE OSOBOWE OSOBY ZAINTERESOWANEJ:

NAZWISKO																											
IMIĘ 1																											
IMIĘ 2																											
PESEL																											
PLEĆ	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):																											

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

NAZWISKO																											
IMIĘ 1																											
IMIĘ 2																											
PESEL																											
PLEĆ	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 (<i>Karta parkingowa</i>)
☐	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 (<i>jakich? wymienić np. korzystanie z rehabilitacji</i>)

DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ: (zaznaczyć X)

STAN CYWILNY:	kawaler / panna	☐
	żonaty / zamężna	☐
	separowany / separowana	☐
	wdowiec / wdowa	☐
	rozwódziona / rozwiedziony	☐
WYKONYWANIE CZYNNOŚCI SAMOOBŚLUGOWYCH	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) <i>(jeśli nie, należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu <u>dlugotrwałej i nierokującej poprawy choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo</u>)</i>	TAK	NIE
---	-----	-----

Wniosek składałam ze względu na:

zaznaczyć 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 dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności - 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**,
3. Kopię orzeczenia (wraz z oryginałem do wglądu) wydanego wcześniej przez inny Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
4. Kopię (oryginał do wglądu) postanowienia lub zaświadczenia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego dla osoby ubezwłasnowolnionej, pełnomocnictwa notarialnego do dokonywania czynności w imieniu osoby zainteresowanej.
5. 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 pieczętką 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.
2. 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 zaniebdania ww. obowiązku doręczenie pisma pod dotychczasowy adres ma skutek prawny.
3. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie lub zatajenie prawdy, zgodnie z art. 233 § 1ⁱ ustawy z dnia 06.06.1997 r. Kodeks Karny oświadczam, że dane podane we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.
4. 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 42 674 48 34 lub mailem na adres: pzon@lodzkiwschodni.pl. W sprawach związanych z danymi osobowymi kontaktuj się z Inspektorem ochrony danych poprzez adres: pzon@lodzkiwschodni.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:

- a) podmioty upoważnione do odbioru Pani/Pana danych na podstawie przepisów prawa (np. organ II instancji w celu realizacji złożonego odwołania);
- b) podmioty, które przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w imieniu administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające).

4. W związku z przetwarzaniem przez Administratora danych osobowych przysługuje Pani/Panu:

- a) Prawo dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 Rozporządzenia;
- b) 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).

5. 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.

6. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem prowadzenia postępowania przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Powiecie Łódzkim Wschodnim.

7. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
