

Nr sprawy

....., data

**Powiatowy Zespół ds. Orzekania
o Niepełnosprawności w Raciborzu
ul. Gamowska 3
47-400 Racibórz**

**WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
(dla osób powyżej 16 roku życia)**

Dane wnioskodawcy:

Imię (imiona) i nazwisko

Data i miejsce urodzenia.....

Rodzaj dokumentu tożsamości seria i nr dokumentu tożsamości

PESEL/...../...../...../...../...../...../...../...../....., obywatelstwo

Adres miejsca stałego zameldowania

Adres miejsca pobytu (jeżeli inny niż zameldowania)

Adres do korespondencji.....

telefon email

Dane przedstawiciela ustawowego - wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca jest ubezwłasnowolniony lub niepełnoletni

Imię (imiona) i nazwisko

Data i miejsce urodzenia.....

Rodzaj dokumentu tożsamości seria i nr dokumentu tożsamości

PESEL/...../...../...../...../...../...../...../...../....., obywatelstwo

Adres miejsca stałego zameldowania

Adres miejsca pobytu (jeżeli inny niż zameldowania)

Adres do korespondencji

telefon email

Zwracam się z wnioskiem o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności*: po raz pierwszy, ponownie
 z powodu zmiany stanu zdrowia: poprawy pogorszenia

dla celów:

1. odpowiedniego zatrudnienia;
2. szkolenia;
3. uczestnictwa w terapii zajęciowej;
4. zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne;
5. korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji;
6. uzyskania zasiłku stałego;
7. uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego;
8. świadczenia wspierającego;
9. korzystania z ulg i uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym, ze względu na znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się - karta parkingowa
10. uzyskania prawa do zamieszkania w oddzielnym pokoju;
11. inne, jakiej:

Cel główny złożenia wniosku (należy podać 1 z wyżej wymienionych)

Uzasadnienie wniosku:

1. Sytuacja społeczna – stan cywilny*:

- kawaler/panna, żonaty/zamężna, wdowiec/wdowa,
 rozwiedziony/rozwiedziona, separowany/separowana

2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

- 1) wykonywanie czynności samoobsługowych* samodzielnie z pomocą z opieką
2) poruszanie się w środowisku* samodzielnie z pomocą z opieką
3) prowadzenie gospodarstwa domowego* samodzielnie z pomocą z opieką

3. Sytuacja zawodowa:

wykształcenie*

- podstawowe nieukończone, podstawowe, zasadnicze, średnie, wyższe

zawód wyuczony:

czy aktualnie wykonywana jest praca zarobkowa*

- NIE, TAK – zawód obecnie wykonywany

4. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego*: niezbędne wskazane zbędne

jakiego,

Oświadczam, że:

1. Pobieram świadczenie / nie pobieram świadczenia* z tytułu ubezpieczenia społecznego:

- renta inwalidzka, renta rodzinna, emerytura, renta socjalna, inne
jakie, od kiedy

2. Aktualnie toczy się / nie toczy się* w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem (podać jakim)

3. Składałem/am / nie składałem/am uprzednio wniosek o ustalenie niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności; jeżeli tak, to kiedy, jaki stopień

4. Składałem/am / nie składałem/am* uprzednio wniosek o ustalenie grupy inwalidzkiej, orzeczenie niezdolności do pracy* , jeżeli tak to kiedy z jakim skutkiem

5. Na posiedzenie składu orzekającego mogę przybyć:

- a) samodzielnie*
b) z opiekunem*
c) nie mogę przybyć na posiedzenie składu orzekającego – **należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność osobistego stawiennictwa na posiedzenie składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby.**

6. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności dostarczenia dokumentacji medycznej uzupełniającej złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza prowadzącego, jestem świadomy/a wymogu ponoszenia kosztów we własnym zakresie.

7. Zobowiązuję się powiadomić Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Raciborzu o każdej zmianie mojego adresu do momentu zakończenia postępowania - zgodnie z art. 41 kodeksu postępowania administracyjnego.
8. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego – *Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8* - 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:

1. Aktualne zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza prowadzącego.
2. Dokumentację medyczną:

-

-

*** właściwe zaznaczyć**

.....
 podpis osoby zainteresowanej lub jej opiekuna prawnego
 w przypadku osób pomiędzy 16 a 18 rokiem życia
 wymagany jest podpis i dziecka i rodzica

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych klientów
 Starostwa Powiatowego w Raciborzu**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

1. Administratorami Państwa danych osobowych zbieranych i przetwarzanych przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności są zgodnie z porozumieniem o współadministrowaniu:
 - Przewodniczący Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Raciborzu przy ul. Gamowskiej 3, e-mail: pzon@powiatraciborski.pl
 - Starosta Raciborski z siedzibą w Raciborzu, Plac Stefana Okrzei 4, e-mail: starosta@powiatraciborski.pl
2. Pełnomocnik i minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego są współadministratorami, w rozumieniu art. 26 ust. 1 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), danych zgromadzonych w systemie przez powiatowe zespoły.
3. W sprawach związanych z Państwa danymi osobowymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, e-mail: iod@powiaraciborski.pl
4. Państwa dane osobowe przetwarzane będą w procesie: **"ORZEKANIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI"** w celu:
 - a) wydania orzeczenia o niepełnosprawności/ o stopniu niepełnosprawności;
 - b) wydawania legitymacji osoby niepełnosprawnej;
 - c) wydawania osobie niepełnosprawnej karty parkingowej.
5. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest wypełnienie obowiązku wynikającego z przepisu prawa (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) tj. ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. prawo o ruchu drogowym. Podstawą przetwarzania dodatkowych danych służących celom kontaktowym (numer telefonu, adres email) jest Państwa dobrowolna i świadoma zgoda (art. 6 ust. 1 lit a RODO).
6. Na podstawie obowiązujących przepisów prawa Państwa dane mogą być udostępniane innym podmiotom. Odbiorcy danych zostaną zobowiązani do zachowania danych osobowych w poufności w procesie ich przetwarzania.

7. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów dotyczących instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
8. Obowiązek podania przez Państwa danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z przepisów prawa. Konsekwencją niepodania danych nieobowiązkowych będzie brak możliwości szybkiego kontaktu z Państwem w celu powiadomienia o załatwieniu sprawy lub konieczności uzupełnienia złożonych dokumentów.
9. Mają Państwo:
 1. prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, na przetwarzanie danych dla których ta zgoda była udzielona;
 2. prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących (art. 15 RODO);
 3. prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych (art. 16 RODO);
 4. prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych (art. 18 RODO), z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO;
 5. prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
 6. prawo do usunięcia danych osobowych, jeżeli zgoda została cofnięta i nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania (art. 17 RODO)
10. Nie przysługuje Państwu:
 1. prawo do usunięcia danych osobowych (w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO);
 2. prawo do przenoszenia danych osobowych (w związku z art. 20 RODO);
 3. prawo sprzeciwu na podstawie art. 21 RODO, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest wykonywanie obowiązku prawnego.
11. W odniesieniu do Państwa danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO.

UWAGI DOTYCZĄCE SKŁADANIA WNIOSKU:

Do wniosku należy załączyć:

1. **zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności** - wystawione przez lekarza prowadzącego **nie wcześniej niż 30 dni** przed złożeniem wniosku;
2. **kserokopię dokumentacji medycznej, (potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez organ lub podmiot, który dokument wytworzył lub kopię wraz z oryginałem do wglądu)**, którą stanowią m.in.: karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych, opisy badań EKG, RTG, USG, TK, rezonansu magnetycznego, opinie psychologiczne (są ważne 2 lata), historia choroby z poradni prowadzącej oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności, a zwłaszcza okresu jej powstania;
3. **poprzednie orzeczenie (kserokopia i oryginał do wglądu)**- jeżeli było wydane o grupie ZUS, KIZ, KRUS, MON wydane przed 1997 r.;
4. w przypadku osób ubezwłasnowolnionych lub pozbawionych zdolności do czynności prawnych, dla których został ustanowiony opiekun prawny lub kurator – **postanowienie sądu o ustanowieniu opieki lub kurateli.**

Uwaga:

Osoba niemogąca pisać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis, albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać. (art. 79 kodeksu cywilnego).

Dodatkowe informacje można uzyskać pod numerem telefonu
32 415 21 01, 32 415 21 02,
w poniedziałki, środy, czwartki w godz. 8.30 – 15.00;
wtorki w godz. 8.30 – 17.00, piątki w godz. 7.30 – 14.00.

**Uwaga: zaświadczenie jest ważne tylko 30 dni od dnia jego wystawienia,
wszystkie punkty formularza oraz dane osobowe pacjenta wypełnia lekarz w języku polskim**

..... Miejscowość, dnia

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności**

Imię i nazwisko

Data urodzenia PESEL .../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.....

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego, 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 (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).....

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

W/w Pan/i do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności jest *:

a) zdolny/a

b) zdolny/a w towarzystwie osoby drugiej

c) **trwale** niezdolny/a do odbycia podróży z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo - *należy szczegółowo opisać stan ogólny i/lub miejscowy pacjenta i dołączyć dokumentację medyczną potwierdzającą powyższy stan*

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

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* *niepotrzebne skreślić*