

W N I O S E K
o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

(dotyczy osób powyżej 16 roku życia)

Nr sprawy: PZON.4343..... data
/nadaje Zespół/ /miejscowość/

1. O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI TAK/NIE*
– dla osób, które pierwszy raz ubiegają się o uzyskanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
2. O WYDANIE ORZECZENIA O PONOWNE USTALENIE STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI TAK/NIE*
– dla osób niepełnosprawnych, posiadających orzeczenie o stopniu niepełnosprawności na czas określony
3. O WYDANIE ORZECZENIA O PONOWNE WYDANIE ORZECZENIA UWZGLĘDNIAJĄCEGO ZMIANĘ STANU ZDROWIA TAK/NIE*
– dla osób niepełnosprawnych, posiadających orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, które ubiegają się o orzeczenie z tytułu zmiany stanu zdrowia

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

PESEL Telefon

Nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości

Obywatelstwo

Adres zameldowania na pobyt stały:

..... powiat

Adres pobytu (korespondencyjny).....powiat

.....powiat

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego w przypadku osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych przez Sąd**: NIE DOTYCZY* ☐

Data i miejsce urodzenia PESEL

Nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości

adres zamieszkania

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
we Włodawie

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

- ☐ - odpowiedniego zatrudnienia
- ☐ - szkolenia
- ☐ - uczestnictwa w terapii zajęciowej
- ☐ - konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- ☐ - korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (korzystania z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych)
- ☐ - korzystania z karty parkingowej (art.8 ust.3a pkt 1 ustawy z dn. 20.06.1997 r. Prawo o ruchu drogowym)
- ☐ - korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
- ☐ - uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- ☐ - uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- ☐ - zamieszkiwania w oddzielnym pokoju (art.5 ust. 3 ustawy z dn. 21.06.2001 r. o dodatkach mieszkaniowych ze zmianami)
- ☐ - uzyskanie przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- ☐ - inne,jakie?

Cel podstawowy (podać jeden z powyższych).....

Uzasadnienie wniosku:

1 Sytuacja społeczna:

- stan cywilny:, stan rodzinny
/np. panna, zamężna, wdowa/ /ilość osób w rodzinie/
- zdolność do samodzielnego funkcjonowania:* - samodzielnie - z pomocą - z opieką
- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) wykonywanie czynności samoobsługowych | ☐ | ☐ | ☐ |
| b) prowadzenie gospodarstwa domowego | ☐ | ☐ | ☐ |
| c) poruszanie się w środowisku | ☐ | ☐ | ☐ |

2. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego*

☐ niezbędne ☐ wskazane ☐ zbędne

3. sytuacja zawodowa:

- wykształcenie:
- zawód wyuczony.....
- czy aktualnie wykonuje pracę zarobkową* ☐ TAK ☐ NIE
- zawód wykonywany **.....

Oświadczam, że*

1. ☐ pobieram - ☐ nie pobieram świadczenia z ubezpieczenia społecznego:
jakie.....od
kiedy
2. aktualnie: ☐ toczy się - ☐ nie toczy się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem,
podać jakim
3. ☐ składałem - ☐ nie składałem uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności: jeżeli tak, to
kiedy..... z jakim skutkiem data
wydania ostatniego orzeczenia.....Nr sprawy.....
4. ☐ mogę - ☐ nie mogę samodzielnie przybyć na posiedzenie sądu orzekającego. (Jeżeli nie, to należy załączyć
zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i
nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo).
5. w razie stwierdzonej przez zespół orzekający 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.

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: (uwaga – wymienione niżej dokumenty należy obowiązkowo złożyć razem z wnioskiem do Powiatowego Zespołu)

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza leczącego wypełnione czytelnie we wszystkich rubrykach, wydane w ciągu 3 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.
2. posiadaną dokumentację medyczną
3. orzeczenia organu rentowego (ZUS, KRUS, MSWiA, MON – jeżeli zostało wydane)
4. inne dokumenty, podać jakie

Pouczenie:

- Jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja medyczna jest niewystarczająca i został wyznaczony termin jej uzupełnienia, a wnioskodawca tego nie dopełnił, musi się liczyć z tym, że brak tych dokumentów spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania, §6 ust. 5 rozporządzenia MGPIPS z dn. 15.07.2003 r. ze zmianami
- Niestawienie się osoby zainteresowanej na wyznaczonym posiedzeniu sądu orzekającego powoduje pozostawienie sprawy bez rozpoznania, chyba, że niestawienie się zostało usprawiedliwione w ciągu 14 dni od wyznaczonego terminu posiedzenia - §7 ust. 6 rozporządzenia MPGiPS z 15.07.2003 r. ze zmianami
- jeżeli Pan/i posiada ważne orzeczenie Zespołu i nie nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia – nowy wniosek o ponowne orzekanie należy złożyć nie wcześniej niż 30 dni przed utratą ważności posiadanego orzeczenia – jeżeli wniosek będzie złożony wcześniej, Zespół wyda decyzję po ukończeniu ważności posiadanego orzeczenia.
- jeżeli Pan /i posiada orzeczenie organu rentowego: ZUS, KRUS, służb mundurowych, itp. należy je przedłożyć wraz ze składanym wnioskiem!

.....
czytelny podpis osoby zainteresowanej
lub w wypadku osoby niepełnoletniej podpis
matki lub ojca lub opiekuna prawnego

* właściwe zaznaczyć symbolem x w kratce

** wypełniają te rubrykę tylko osoby, których to dotyczy

Włodawa, dn.....
imię i nazwisko.....

adres zamieszkania.....
.....

PESEL.....

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH ORAZ DANYCH WRAŻLIWYCH

Wyrażam świadomie zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych wrażliwych /
wyrażam świadomie zgodę na przetwarzanie danych osobowych oraz danych wrażliwych mojego

dziecka*.....
(imię i nazwisko dziecka lub podopiecznego)

.....
czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę

Informacja o prawach przysługujących dla osoby udzielającej zgody na przetwarzanie danych
osobowych i danych wrażliwych w PZON we Włodawie.

Zgodnie z art. 13 i art 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej
2016/679 z dn. 29 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku
z przetwarzaniem danych osobowych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE
(Dz.U.UE.L.2016.119.1) z dn 04.05.2016r. Informujemy że:

1. Administratorem danych jest Przewodniczący Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności we Włodawie Al. J. Piłsudskiego 66, 22-200 Włodawa.
2. Kontakt z inspektorem ochrony danych w PZON we Włodawie jest pod numerem telefonu 82 57 25 346.
3. Dane są przetwarzane w ramach realizacji ustawowych zadań zespołu .
4. Dane osobowe będą udostępnione podmiotom uprawnionym do ich uzyskania na podstawie przepisów prawa .
5. Dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawnymi.
6. 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.
7. Każda osoba zainteresowana ma prawo do dostępu do swoich danych osobowych, możliwość sprostowania , ograniczenia przetwarzania , wniesienie sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych w dowolnym momencie.
8. Przysługuje Panu/Pani prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy Pana /Pani naruszone są przepisy unijnego rozporządzenia RODO.
9. Dane osobowe mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą podlegać profilowaniu.
- 10. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem jest obligatoryjne w pozostałych przypadkach jest dobrowolne lecz może skutkować brakiem możliwości rozpatrzenia złożonego wniosku.**

Zapoznałem/am się.....

Czytelny podpis

*niepotrzebne skreślić

.....
(IMIE I NAZWISKO WNIOSKODAWCY) 1

.....
(MIEJSCOWOŚĆ I DATA)

Oświadczenie

o miejscu stałego pobytu

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. O ewidencji ludności (Dz. U. z 2022 r. poz. 1191) zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania . Oświadczam ,że moim miejscem stałego pobytu/ miejscem pobytu stałego mojego dziecka jest / miejscem pobytu stałego osoby w której imieniu składam wniosek²

jest:.....

.....
(ADRES MIEJSCA POBYTU STAŁEGO)

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks Karny* (Dz.U. 2022 poz. 1138) - *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 8 lat.* Potwierdzam , że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

.....
(PODPIS)

1 Osoba , której dotyczy wniosek o wydanie orzeczenia.
2 Niepotrzebne skreślić.