

Uzasadnienie wniosku:

1. sytuacja społeczna: stan cywilny
2. zdolność do samodzielnego funkcjonowania*: samodzielnie z pomocą konieczna opieka
- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) wykonywanie czynności samoobsługowych | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) poruszanie się w środowisku | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) prowadzenie gospodarstwa domowego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
3. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego.....
(podać jakiego)*
- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | niezbędne | wskazane | zbędne |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
4. sytuacja zawodowa:
- 1) wykształcenie.....
 - 2) zawód wyuczony.....
 - 3) aktualne miejsce pracy.....

Oświadczam, że :

1. Pobieram / nie pobieram * świadczenia z ubezpieczenia społecznego (np. rentę, zasiłek pielęgnacyjny) jakie:..... od kiedy.....

proszę dołączyć kopię orzeczenia (oryginał do wglądu)

2. Aktualnie toczy / nie toczy* się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym (np. ZUS, KRUS, Sąd Pracy, Wojewódzkim Zespołem) podać jakim.....

3. Składałam(-em) / nie składałam (-em)* uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności: kiedy.....ze skutkiem brak, lekki, umiarkowany, znaczny* na okres do, na stałe*

4. Posiadam / posiadałam (-em)* orzeczenie innego organu - podać jakie, przez kogo wydane: ważne do

proszę dołączyć kopię orzeczenia (oryginał do wglądu)

5. Na posiedzenie składu orzekającego*:

- mogę przybyć samodzielnie;
- przybędę z opiekunem;
- nie mogę przybyć.

W przypadku wystawienia przez specjalistę skierowania na badania specjalistyczne wykonywane w Wojewódzkim Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie **jestem świadomy wymogu ponoszenia kosztów związanych z dojazdem we własnym zakresie.**

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.**

Zobowiązuje się do informowania Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Wadowicach (zgodnie z art. 41 KPA) o każdej zmianie adresu lub miejsca pobytu.

Osoba posiadająca orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane na czas określony, może wystąpić o ponowne ustalenie stopnia niepełnosprawności, **nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia.**

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego, które **jest ważne 30 dni od daty wystawienia;**
2. dokumentację medyczną, psychologiczną;
3. kserokopię prawomocnego orzeczenia;
4. inne dokumenty (podać jakie).....

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMA/Y ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY

* właściwe zaznaczyć

data i podpis osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego

Wniosek wraz z dokumentacją należy złożyć
do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Wadowicach ul. Adama Mickiewicza 27
Dodatkowe informacje pod nr tel. 33 8732 111 Godziny przyjęć: od poniedziałku do piątku od 7³⁰ do 15³⁰

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
miejsowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Numer i seria dokumentu tożsamości.....PESEL.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:.....

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

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

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

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

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

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

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

7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych (w załączeniu):

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie (data)?

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną (data)?

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd w dokumentację medyczną pacjenta?
TAK/NIE*

W/w Pan/i WYMAGA/NIE WYMAGA* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

Czy pacjent jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu sądu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo? TAK/NIE*

Czy u w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie zdrowia (dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie)? TAK/NIE*

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

*niepotrzebne skreślić

Adnotacja zakładu pracy chronionej

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

.....
pieczętka zakładu pracy chronionej

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/W/E (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Wadowicach przy ul. Mickiewicza 15 (w którego strukturach działa Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Wadowicach przy ul. Mickiewicza 27).
2. administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować pisemnie na adres e-mail: iodpcpr@pcpr-wadowice.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu prowadzenia postępowania o **wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/ o niepełnosprawności** na podstawie art. 6 ust. 1 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia § 2 pkt. 1 i pkt. 2 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 lipca 2003r., §1 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 r. w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16 roku życia (Dz. U. Nr 17, poz. 162 ze zm. oraz art. 6 ust 1 pkt b e Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady,
4. odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą członkowie zespołów orzekających, mogą być również organy administracji publicznej żądające udzielania informacji na podstawie pismenego wniosku w związku z toczącym się przed tym organem postępowaniem, obsługa informatyczna, radca prawny, firma świadcząca usługi hostingowe, firma administrująca program EKSMOoN;
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 50 lat;
7. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania jeżeli przepisy prawa nie ograniczają tych uprawnień;
8. ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (czyli Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych) gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
9. podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją niepodania tych danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku i wydania orzeczenia;
10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Potwierdzam zapoznanie się z niniejszą informacją

.....

.....
(imie i nazwisko wnioskodawcy)¹

.....
(miejscowość, data)

.....
(nr PESEL)

OŚWIADCZENIE

o miejscu pobytu stałego

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności (Dz. U. z 2017 r. poz. 657, z późn. zm.) zgodnie z którym pobytym stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że moim miejscem pobytu stałego/miejscem pobytu stałego dziecka/miejscem pobytu stałego osoby w imieniu której 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. z 2017 r. poz. 2204, z późn. zm.) - *któ, 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* potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

.....
(podpis)

¹ Osoba, której dotyczy wniosek o wydanie orzeczenia.

² Niepotrzebnie skreślić.