

**WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**  
(WYPEŁNIAĆ CZYTELNIE)

PIERWSZORAZOWY / POWTÓRNY - W CELU KONTYNUACJI / W ZWIĄZKU ZE ZMIANĄ STANU ZDROWIA

IMIĘ I NAZWISKO.....

DATA I MIEJSCE URODZENIA.....

SERIA I NR DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ.....

NR PESEL.....OBYWATELSTWO.....

ADRES ZAMELDOWANIA NA POBYT STAŁY.....

.....

ADRES MIEJSCA POBYTU.....

ADRES DO KORESPONDENCJI.....

NR TELEFONU.....

**DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO OSOBY W WIEKU DO 18 ROKU ŻYCIA LUB OSOBY  
UBEZWLASNOWOLNIONEJ**

IMIĘ I NAZWISKO.....

DATA I MIEJSCE URODZENIA.....

SERIA I NR DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ.....

NR PESEL.....OBYWATELSTWO.....

ADRES ZAMELDOWANIA NA POBYT STAŁY.....

ADRES DO KORESPONDENCJI.....

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Wadowicach**

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w celu – (właściwe podkreślić):

- odpowiedniego zatrudnienia,
- szkolenia,
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
- zaopatrzenia w środki pomocnicze i ortopedyczne,
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji w tym rehabilitacji,
- korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ustawy prawo o ruchu drogowym tj. karty parkingowej,
- korzystania ze świadczeń pomocy społecznej,
- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
- uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego / świadczenia wspierającego
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
- uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
- korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów, inne (jakie).....

**Uzasadnienie wniosku:**

**Sytuacja zawodowa:**

wykształcenie.....zawód wyuczony.....

obecne zatrudnienie.....

**Sytuacja społeczna:**

- stan cywilny.....

- **wykonywanie czynności samoobsługowych** (higiena osobista, spożywanie, przygotowanie posiłków, ubieranie się itp. ) – właściwe zaznaczyć: SAMODZIELNIE / Z POMOCĄ / OPIEKA
- **poruszanie się w środowisku** (chodzenie, poruszanie się w domu i poza domem) – właściwe zaznaczyć: SAMODZIELNIE / Z POMOCĄ / OPIEKA
- **prowadzenie gospodarstwa domowego** (robienie zakupów, gotowanie, sprzątanie itp.) - właściwe zaznaczyć: SAMODZIELNIE / Z POMOCĄ / OPIEKA
- korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego – podać jakiego.....

**Oświadczam, że:**

1. **POBIERAM / NIE POBIERAM** świadczenia z ubezpieczenia społecznego – rodzaj świadczenia (np. renta, zasiłek pielęgnacyjny).....od kiedy.....
2. aktualnie **TOCZY SIĘ / NIE TOCZY SIĘ** w mojej sprawie postępowanie przed organem orzeczniczym, podać jakim (np. odwołanie w Wojewódzkim Zespole, Sądzie).....
3. **SKŁADANO / NIE SKŁADANO** uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności, jeśli **TAK** jaki stopień (lekki, umiarkowany, znaczny) i **DO kiedy**.....
4. na posiedzenie składu orzekającego (właściwe zaznaczyć) - **PRZYBĘDĘ SAMODZIELNIE / PRZYBĘDĘ Z OPIEKUNEM / NIE MOGĘ PRZYBYĆ**,
5. w przypadku wystawienia przez specjalistę skierowania na badania specjalistyczne wykonywane w Wojewódzkim Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie jestem świadoma/y wymogu ponoszenia kosztów związanych z dojazdem we własnym zakresie,
6. w razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji itp., uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia jestem świadoma/y wymogu ich dołączenia we własnym zakresie i ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie,
7. zobowiązuję się do informowania Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Wadowicach (zgodnie z z art. 41 KPA) o każdej zmianie adresu lub miejsca pobytu.

**W załączeniu do wniosku przedkładam:**

- ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE o stanie zdrowia wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności wystawione przez lekarza pod opieką którego pozostaje, ważne przez 3 miesiące od daty wystawienia,
- POSIADANĄ DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ I PSYCHOLOGICZNĄ (**KSEROKOPIE UWIERZYTELNIONE ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM LUB KSEROKOPIE I ORYGINAŁY DO WGLĄDU**);
- KSEROKOPIĘ PRAWOMOCNEGO ORZECZENIA – ORYGINAŁ DO WGLĄDU.

**Uwagi:** osoba posiadająca orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, wydane na czas określony i starająca się o jego kontynuację, może wystąpić o ponowne ustalenie stopnia niepełnosprawności, nie wcześniej niż 2 MIESIĄCE przed upływem ważności posiadanego orzeczenia (*w przypadku dzieci posiadających orzeczenie o niepełnosprawności i ubiegających się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności po raz pierwszy wniosek można złożyć nie wcześniej niż na 3 miesiące przed upływem ważności posiadanego orzeczenia o niepełnosprawności*).

**Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadoma/y odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

.....  
data i **czytelny podpis imieniem i nazwiskiem** osoby zainteresowanej  
lub jej przedstawiciela ustawowego (w tym przypadku należy przedstawić oryginał postanowienia Sądu)

## INFORMACJA ADMINISTRATORA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

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). Pełnomocnik i minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego są współadministratorami danych zgromadzonych w systemie przez powiatowe zespoły.
2. administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować pisemnie na adres e-mail: [iodpcpr@pcpr-wadowice.pl](mailto: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 15 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 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**

.....  
czytelny podpis osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego

## OŚWIADCZENIE O MIEJSCU POBYTU STAŁEGO

Imię i nazwisko osoby, której dotyczy wniosek

.....

Nr PESEL.....

Pouczona/y o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności zgodnie z którym pobytem 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 w imieniu której składam wniosek jest:

.....

(adres miejsca pobytu stałego)

Oświadczam, że uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r., Kodeks Karny - kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub 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.

.....

data i czytelny podpis imieniem i nazwiskiem osoby zainteresowanej  
lub jej przedstawiciela ustawowego

**WYPEŁNIONY WNIOSEK WRAZ Z DOKUMENTACJĄ NALEŻY ZŁOŻYĆ (LUB WYSLAĆ POCZTĄ)  
DO POWIATOWEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZĘKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI w Wadowicach,  
ul. Mickiewicza 27, dodatkowe informacje pod numerem tel. 33 873 21 11,**

**godziny pracy:** poniedziałek, środa, czwartek: 7:30 – 15:30, wtorek: 7:30 – 16:30, piątek: 7:30 – 14:30

**UWAGA! ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE WAŻNE JEST 3 MIESIĄCE OD DATY WYSTAWIENIA**

.....  
(miejscowość i data)

.....  
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA  
WYDANE DLA POTRZEB  
ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W WADOWICACH**

(wypełnia w całości jeden lekarz, czytelnie, łącznie z danymi osobowymi pacjenta)

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia.....PESEL.....

Adres zamieszkania.....

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 składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo? TAK/NIE\***

W przypadku braku możliwości odbycia podróży należy ten fakt uzasadnić:.....

.....  
.....

Czy u w/w Pana/i nastąpiło **istotne pogorszenie stanu zdrowia** od czasu poprzedniego badania przez Zespół **TAK/NIE/orzeczenie pierwszorazowe\***

.....

pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

\*niepotrzebne skreślić