

WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

**Powiatowy Zespół do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności
w Bytomiu, ul. Łużycka 12
tel. 32 388 67 04
poniedziałek 8:30 – 16:30
wtorek – czwartek 8:00 - 14:00
przerwa 11:30 – 12:00**

W PIĄTKI STRON NIE PRZYJMUJEMY

WNIOSKUJĘ O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Po raz pierwszy Z powodu zmiany stanu zdrowia Ponowne wydanie orzeczenia

WAŻNE: Wniosek należy złożyć **nie wcześniej niż 30 dni** przed upływem ważności posiadanego orzeczenia, dołączając **kserokopię poprzedniego orzeczenia.**

Nazwisko i imię

Data urodzenia **miejsce urodzenia**

Seria i nr dokumentu tożsamości

dowód osobisty paszport legitymacja szkolna

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ADRES ZAMELDOWANIA

kod i miejscowość

ulica, nr domu i lokalu

tel.

ADRES POBYTU

kod i miejscowość

ulica, nr domu i lokalu

ADRES DO KORESPONDENCJI

kod i miejscowość

ulica, nr domu i lokalu

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (dotyczy osób od 16 do 18 roku życia lub sędownie ubezwłasnowolnionych)

Nazwisko i imię

Data urodzenia miejsce urodzenia

Seria i nr dokumentu tożsamości

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ADRES PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

kod i miejscowość

ulica, nr domu i lokalu tel.

Cel wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności:

- odpowiednie zatrudnienie,
- szkolenie,
- uczestnictwo w terapii zajęciowej,
- konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- korzystanie z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych),
- korzystanie z karty parkingowej,
- korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej – zasiłek stały,
- zasiłek pielęgnacyjny,
- uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
- prawo do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
- inne, jakie?

Cel podstawowy: (jeden z wyżej wymienionych)	
---	--

Dane dotyczące sytuacji społecznej i zawodowej:

1. Stan cywilny:

- panna/kawaler mężatka/żonaty wdowa/wdowiec rozwiedziony/a separacja

2. Wykonywanie czynności samoobsługowych:

- | | samodzielnie | z pomocą | 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. Sytuacja zawodowa: wykształcenie, zawód wyuczony

- zatrudniony/a zawód wykonywany

Oświadczam, że:

1. pobieram świadczenia nie pobieram świadczeń z ubezpieczenia społecznego:

- renta szkoleniowa
- 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
- renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy
- renta rolnicza szkoleniowa
- wojskowa renta inwalidzka
- policyjna renta inwalidzka
- renta inwalidzka z powodu inwalidztwa I gr
- renta inwalidzka z powodu inwalidztwa II gr
- renta inwalidzka z powodu inwalidztwa III gr

2. Aktualnie toczy się nie toczy się w moje sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem (ZUS, WZON, Sąd Pracy itp.).
3. **Składano** **nie składano** wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności
kiedy? (rok) z jaki skutkiem? lekki umiarkowany znaczny
4. **Mogę** **nie mogę** przybyć na posiedzenie składu orzekającego.
Jeśli nie, to należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność przybycia na komisję.
5. W razie stwierdzenia konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia, wydane przez lekarza niebędącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
6. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów związanych z postępowaniem o wydanie orzeczenia.
8. Zobowiązuję się powiadomić Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności o każdej zmianie mojego adresu do momentu zakończenia postępowania (podstawa prawna: art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego).

DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:

- Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wypełnione przez lekarza prowadzącego,
- Kserokopię poprzedniego orzeczenia,
- Kserokopie kart informacyjnych leczenia szpitalnego,
- Kartoteki z przychodni prowadzących – kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem,
- Inne dokumenty mające wpływ na wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności,
- Dowód osobisty (do wglądu).

Dodatkowe informacje można uzyskać pod numerami tel. **32 388 67 04 ; 32 388 67 05 ; 32 388 67 10**
lub na stronie internetowej www.mopr.bytom.pl

.....
podpis wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego

Klauzula informacyjna

Realizując obowiązek wynikający z art. 13 ust.1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (dalej: RODO), informujemy, iż:

1) Administratorem danych osobowych zbieranych i przetwarzanych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Bytomiu z siedzibą w Bytomiu, przy ul. Łużyckiej 12, reprezentowany przez Przewodniczącego Powiatowego Zespołu.

2) Odbiorcą Pani/Pana danych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Bytomiu, adres e-mail: pzon@mopr.bytom.pl tel.: 32/388-67-04, 388-67-05, 388-67-06, 388-67-10; fax: 32/281-80-93.

3) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia postępowania w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności/ stopniu niepełnosprawności/ o wskazaniach do ulg i uprawnień/ legitymacji osoby niepełnosprawnej/ karty parkingowej osoby niepełnosprawnej/ karty parkingowej dla placówek zajmujących się opieką, rehabilitacją lub edukacją osób niepełnosprawnych mających znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się*, na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2021 r. poz.573; zwanej dalej ustawą o rehabilitacji).

4) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Bytomiu mogą być udostępniane innym organom państwowym i samorządowym (takim jak: sąd, policja, organy innej gminy) tylko i wyłącznie wtedy, gdy istnieje ku temu podstawa prawna wyrażona ustawą lub innym aktem prawnym, np. umową o powierzeniu przetwarzania danych.

5) Administrator danych nie przewiduje przekazywania Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej, chyba że będzie tego wymagało wypełnienie obowiązujących przepisów prawa w związku z zaistniałym wydarzeniem nadzwyczajnym.

6) Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny i określony przez rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych, (Dz. U. z 2011 roku, nr 14, poz. 67), licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

7) Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Bytomiu na żadnym etapie przetwarzania danych osobowych nie stosuje profilowania i przetwarzania zautomatyzowanego.

8) Przez cały okres przetwarzania Pani/Pana danych osobowych przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Bytomiu w dowolnym momencie przysługuje Pani/Pana prawo do:

- dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia,
- żądania zaprzestania przetwarzania danych, ograniczenia ich przetwarzania, a także możliwość wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych,
- przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
- wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (Biuro Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel. 22 531 03 00, fax. 22 531 03 01, kancelaria@giodo.gov.pl),

9) Biuro Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych rozpatruje skargi, które spełniają wymogi określone w art. 63 § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. kodeks postępowania administracyjnego (Tekst jednolity: Dz. U. z 2021 r., poz. 735 ze zm.), Elektroniczna Skrzynka Podawcza (ESP) jest środkiem komunikacji elektronicznej służącym do składania podań, wniosków i skarg do Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych w formie elektronicznej.

10) Podanie danych jest dobrowolne, jednakże jest niezbędnym warunkiem rozpatrzenia wniosku przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Bytomiu. Niewyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja niżej podpisana/podpisany wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celu rozpatrzenia wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności/ stopniu niepełnosprawności/ o wskazaniach do ulg i uprawnień/ legitymacji osoby niepełnosprawnej/ karty parkingowej osoby niepełnosprawnej/ karty parkingowej dla placówek zajmujących się opieką, rehabilitacją lub edukacją osób niepełnosprawnych mających znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się*, w tym także numeru telefonu i adresu poczty e-mailowej.

*** właściwe zaznaczyć**

.....
Data i czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę

Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania Niepełnosprawności w Bytomiu

Opis sytuacji społecznej osoby zainteresowanej wydaniem orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

....., dnia ___ - ___ - ____ r.

Uwaga: Należy wypełniać czytelnie pismem maszynowym lub odręcznie - drukowanymi literami

1. DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ				
1.1	Nazwisko	1.2	Imię	
1.3	Adres miejsca zameldowania			
	Miejscowość	Ulica	Nr domu i lokalu	
2. SYTUACJA RODZINNA				
2.1	Stan cywilny:			
2.2	Sytuacja rodzinna			
	Liczba dzieci i ich wiek	Osoby wspólnie zamieszkujące		
	Wydolność opiekuńcza rodziny, osób bliskich (należy opisać stan obecny i możliwości sprawowania opieki nad osobą zainteresowaną wydaniem orzeczenia)			
	Możliwość zapewnienia pomocy przez osoby niespokrewnione			
3. SYTUACJA MATERIALNA				
3.1	Źródło utrzymania osoby badanej: <input type="checkbox"/> renta, emerytura i in. <input type="checkbox"/> wynagrodzenie za pracę <input type="checkbox"/> zasiłek <input type="checkbox"/>			
	Czy dochody wystarczają na zaspokojenie potrzeb podstawowych (utrzymanie mieszkania, wyżywienie, koszty leczenia, ubranie i inne)			
	Proszę wskazać ewentualne braki w tym zakresie			
	Staż pracy			
4. SYTUACJA MIESZKANIOWA				
4.1	Warunki mieszkaniowe			
	<input type="checkbox"/> dom <input type="checkbox"/> mieszkanie <input type="checkbox"/> wynajęty pokój <input type="checkbox"/> pobyt w instytucjach zapewniających nocleg <input type="checkbox"/> inne.....			
4.2	Stan techniczny mieszkania			
	<input type="checkbox"/> dobry <input type="checkbox"/> wymaga napraw <input type="checkbox"/> wymaga remontu <input type="checkbox"/> nie nadaje się do dalszego zamieszkiwania			
4.3	Dostosowanie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności			
	Dostosowanie mieszkania do potrzeb wynikających z naruszonej sprawności organizmu osoby orzekanej <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			
	Udogodnienia ułatwiające funkcjonowanie w obrębie budynku mieszkalnego i mieszkania			
	<input type="checkbox"/> winda <input type="checkbox"/> podjazdy <input type="checkbox"/> schodołaz <input type="checkbox"/> uchwyty, poręcze <input type="checkbox"/> kabina prysznicowa <input type="checkbox"/> krzeselko prysznicowe			
	<input type="checkbox"/> dostosowane sanitariaty <input type="checkbox"/> wanna z podnośnikiem <input type="checkbox"/> poszerzone drzwi <input type="checkbox"/> zlikwidowane progi			
	<input type="checkbox"/> komputer <input type="checkbox"/> dostęp do Internetu <input type="checkbox"/> inne			
	Warunki utrudniające samodzielne funkcjonowanie w obrębie budynku i mieszkania:			
5. ZDOLNOŚĆ DO WYKONYWANIA CZYNNOŚCI W ZAKRESIE SAMOOBSŁUGI				
5.1	Utrzymywanie ciała w czystości	samodzielnie	konieczna pomoc	całkowite uzależnienie od innych osób
	mycie przy umywalce lub miednicy, kąpiel w wannie (wejście i wyjście z wanny), branie prysznica, mycie włosów, czesanie się, toaleta jamy ustnej, obcinanie, paznokci, golenie się			
5.2	Załatwianie potrzeb fizjologicznych :	samodzielnie	konieczna pomoc	całkowite uzależnienie od innych osób
	kontrola / brak kontroli nad czynnościami wydalniczymi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	dojście do toalety i powrót	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3	Ubieranie się i rozbieranie	samodzielnie	konieczna pomoc	całkowite uzależnienie od innych osób
	przygotowanie ubrań(np. wyjęcie z szafy) z uwzględnieniem warunków pogodowych, nałożenie ubrania, zapinanie guzików, zapinanie zamków, zakładanie i sznurowanie butów, zdjęcie ubrania			

5.4	Odżywianie	samodzielnie	konieczna pomoc	całkowite uzależnienie od innych osób
	sięganie po jedzenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	wkładanie pokarmu do ust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	posługiwanie się sztućcami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	spożywanie płynów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	przyjmowanie leków	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ZDOLNOŚĆ DO PORUSZANIA SIĘ				
6.1	Sposób poruszania się <input type="checkbox"/> samodzielnie bez oprzyrządowania <input type="checkbox"/> przy pomocy jednej kuli <input type="checkbox"/> na wózku inwalidzkim	<input type="checkbox"/> samodzielnie po zaprotezowaniu <input type="checkbox"/> przy pomocy dwóch kul <input type="checkbox"/> z przewodnikiem	<input type="checkbox"/> z laską <input type="checkbox"/> z balkonikiem <input type="checkbox"/> brak możliwości	
6.2	Określenie samodzielności i zależności od innych w poruszaniu się wstawanie z łóżka i powrót do niego, siadanie chodzenie w obrębie mieszkania, chodzenie po schodach opuszczanie mieszkania i powrót do niego, korzystanie ze środków lokomocji, przemieszczanie się poza miejsce zamieszkania	samodzielnie	konieczna pomoc	całkowite uzależnienie od innych osób
7. ŻYCIE DOMOWE				
7.1	Określenie samodzielności i zależności od innych w życiu domowym Sprzątanie, zmienianie pościeli, ogrzewanie mieszkania, pranie, prasowanie, gotowanie, zmywanie, reperacja garderoby, robienie gruntownych porządków, pozyskiwanie towarów i usług, planowanie budżetu domowego, dbanie o własność osobistą i bezpieczeństwo domowe, opieka nad innymi członkami rodziny	samodzielnie	konieczna pomoc	całkowite uzależnienie od innych osób
8. KOMUNIKOWANIE SIĘ Z OTOCZENIEM				
8.1	Zdolność do samodzielnego komunikowania się zrozumienie języka otoczenia umiejętność komunikacji nie werbalnej (mimika, gesty) umiejętność komunikacji ustnej umiejętność komunikacji pisemnej: pisanie i czytanie	samodzielnie	konieczna pomoc	całkowite uzależnienie od innych osób
9. UCZESTNICTWO W ŻYCIU SPOŁECZNYM POPRZEZ PEŁNIENIE RÓL SPOŁECZNYCH				
9.1	Zdolność do uczestnictwa w życiu społecznym poprzez pełnienie ról społecznych umiejętność nawiązywania i podtrzymywania kontaktu z członkami rodziny umiejętność nawiązywania i podtrzymywania kontaktu z innymi osobami zdolność do rozumienia norm i reguł życia społecznego oraz ich stosowanie zdolność do pracy zarobkowej edukacja na wyższym poziomie	istnieje	ograniczona	brak umiejętności

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY(A) ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.