

Nr sprawy

Nr akt

WNIOSEK o wydanie orzeczenia o:*

- 1) **niepełnosprawności** – dla dzieci do 16-go roku życia
- 2) **stopniu niepełnosprawności** – dla osób powyżej 16-go roku życia
- 3) **wskazaniach do ulg i uprawnień** – dla osób posiadających orzeczenie innych organów rentowych (np. ZUS)

Wniosek:* **1. pierwszorazowy** **2. ponowny:** upływ terminu ważności orzeczenia / zmiana stanu zdrowia

WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię i nazwiskoIlość lat.....

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

Seria i nr dowodu osobistego / Nr aktu urodzenia (dotyczy dzieci do 16 roku życia).....

Adres stałego zameldowania:.....

kod pocztowy.....poczt.....gmina.....

Adres pobytu (jeśli inny niż stałego zameldowania).....

Adres do korespondencji.....

Nr telefonu kontaktowego (nieobowiązkowy).....

**WYPEŁNIĆ WYŁĄCZNIE DLA OSÓB
W WIEKU DO 18 LAT LUB OSÓB UBEZWŁASNOWIENIOMYCH**

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego.....

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

Seria i nr dowodu osobistego.....

Adres stałego zameldowania.....

Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Gostyniu

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia do celów:*

- 1) odpowiedniego zatrudnienia
- 2) szkolenia
- 3) uczestnictwa w terapii zajęciowej
- 4) konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- 5) korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
- 6) uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- 7) uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- 8) korzystania z karty parkingowej
- 9) inne.....

Cel główny nr

Uzasadnienie wniosku:

1.Sytuacja społeczna

- stan cywilny..... stan rodziny (ilość osób wspólnie zamieszkujących).....

- zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

1) wykonywanie czynności samoobsługowych* samodzielnie / z pomocą / opieka

2) poruszanie się w środowisku* samodzielnie / z pomocą / opieka

3) prowadzenie gospodarstwa domowego* samodzielnie / z pomocą / opieka

- dziecko uczęszcza do (dotyczy dzieci do 18 roku życia):*

żłobek / przedszkole ogólnodostępne / przedszkole specjalne / przedszkole integracyjne / szkoła ogólnodostępna / szkoła specjalna /

szkoła integracyjna / oddział integracyjny / ośrodek szkolno-wychowawczy

2. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:* niezbędne / zbędne

3.Sytuacja zawodowa, wykształcenie, kwalifikacje: wykształcenie.....

zawód (wyuczony)....., obecne zatrudnienie (zawód wykonywany).....

.....

Oświadczam, że: *

1. nie pobieram świadczeń rentowych / pobieram świadczenia rentowe, (jakie ?).....
2. nie toczy się / toczy postępowanie odwoławcze przed innym organem orzeczniczym (podać organ).....
3. nie składałem(am) / składałem(am) wniosek o ustalenie niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności (data komisji, nr orzeczenia, termin ważności).....

W przypadku wydania orzeczenia przez inny zespół niż Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Gostyniu należy załączyć kserokopię orzeczenia wraz z oryginałem do wglądu.

4. mogę samodzielnie lub z pomocą osoby drugiej / nie mogę przybyć na posiedzenie składu orzekającego (**jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby**)

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(a) wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. ORYGINAŁ ważnego zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wydane nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku.
2. Uwierzytelnione kserokopie (potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ lub podmiot, który dokument wytworzył) lub kserokopie wraz z oryginałami do wglądu posiadanej dokumentacji medycznej potwierdzającej aktualny stan zdrowia tj. karty informacyjne leczenia szpitalnego i rehabilitacyjnego, wyniki badań specjalistycznych, konsultacje, aktualne wyniki badań laboratoryjnych, wyniki opisowe badań RTG, EKG, EEG, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego itp.
3. Kserokopie wraz z oryginałami do wglądu posiadanych orzeczeń rentowych (np. ZUS, KRUS, KIZ).
4. Oświadczenie o miejscu pobytu stałego (w przypadku osób posiadających dowód osobisty, który nie zawiera aktualnego adresu zameldowania).
5. Inne – wymienić jakie.....

Klauzula informacyjna

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 (RODO) przedstawiamy informacje dotyczące okoliczności przetwarzania Pani/Pana danych osobowych:

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Gostyniu z siedzibą przy ul. Wrocławskiej 8, 63-800 Gostyń, reprezentowany przez Przewodniczącego.
2. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem: iod@powiat.gostyn.pl
3. Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu wydania orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności, w związku z art. 6 b i art. 6 d ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
4. Dane osobowe będą przekazywane innym odbiorcom na podstawie przepisów prawa lub innym podmiotom, którym na podstawie zawartej umowy powierzono przetwarzanie danych osobowych.
5. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazanego powyżej celu przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa.
6. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych jest warunkiem koniecznym do rozpatrzenia sprawy i wynika z przepisów prawa.
8. Dane osobowe nie są przetwarzane w sposób zautomatyzowany w celu podjęcia jakichkolwiek decyzji.

.....
(podpis osoby zainteresowanej)

DOTYCZY wyłącznie osób do 18-go roku życia lub osób ubezwłasnowolnionych.

.....
(podpis przedstawiciela ustawowego)

*podkreślić właściwe