

# WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

(dotyczy osób, które ukończyły 16 rok życia)

PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI

Znak sprawy: ON.71/...../.....  
(wypełnia pracownik Zespołu)

--

WNIOSEK SKŁADAM: (właściwe zaznaczyć „x”)

- PO RAZ PIERWSZY
- W ZWIĄZKU Z UPLYWEM TERMINU WAŻNOŚCI POPRZEDNIEGO ORZECZENIA
- W ZWIĄZKU ZE ZMIANĄ STANU ZDROWIA

## DANE OSOBOWE OSOBY ZAINTERESOWANEJ

Imię (imiona) i nazwisko: .....

Data i miejsce urodzenia: ..... PESEL 

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

Seria i numer dokumentu tożsamości: ..... Obywatelstwo<sup>1</sup>: .....

Adres zameldowania na pobyt stały: .....  
(ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

Adres miejsca pobytu: .....

Adres do korespondencji: .....  
(wypełnić jeżeli inny niż adres miejsca zamieszkania)

Telefon kontaktowy: | ..... | Adres e-mail: .....

## DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO LUB OPIEKUNA PRAWNEGO

(wypełnić tylko w przypadku, gdy osobą zainteresowaną jest dziecko między 16 a 18 r.ż. lub osoba ubezwłasnowolniona)

Imię (imiona) i nazwisko: .....

Data i miejsce urodzenia: ..... PESEL 

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

Seria i numer dokumentu tożsamości: ..... Obywatelstwo<sup>1</sup>: .....

Adres zameldowania na pobyt stały: .....  
(ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

Adres miejsca pobytu: .....

Adres do korespondencji: .....  
(wypełnić jeżeli inny niż adres miejsca zamieszkania)

Telefon kontaktowy: | ..... | Adres e-mail: .....

<sup>1</sup> Dotyczy wyłącznie cudzoziemców nieposiadających numeru PESEL

**DO POWIATOWEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W CHODZIEŻY**

**Zwracam się z wnioskiem o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów:** *(właściwie zaznaczyć x)*

1.	Odpowiedniego zatrudnienia	
2.	Szkolenia, w tym specjalistycznego	
3.	Uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej (WTZ)	
4.	Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz techniczne	
5.	Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji <i>(usługi socjalne, opiekuńcze, terapeutyczne i rehabilitacyjne świadczone przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki)</i>	
6.	Korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym <b>(KARTA PARKINGOWA)</b>	
7.	Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej	
8.	Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego	
9.	Uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego	
10.	Uzyskania prawa do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju	
11.	Uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze	
12.	Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów	
13.	Innych (wymienić jakich?):.....	

**CEL PODSTAWOWY ZŁOŻENIA WNIOSKU** (proszę wskazać jeden z ww.): .....

**DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ OSOBY ZAINTERESOWANEJ:**

1. **Stan cywilny:**  kawaler/panna,  zamężna/zonaty,  wdowiec/wdowa,  rozwiedziony/a,  separowany/a

2. **Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:** *(właściwie zaznaczyć x)*

<b>CZYNNOŚCI</b>	<b>SAMODZIELNIE</b>	<b>Z POMOCĄ</b> <i>(potrzebne wsparcie od innych osób)</i>	<b>Z OPIEKĄ</b> <i>(całkowita zależność od innych osób)</i>
<b>WYKONYWANIE CZYNNOŚCI SAMOBSŁUGOWYCH</b>			
<b>PORUSZANIE SIĘ</b>			
<b>PROWADZENIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO</b>			

3. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego (jakiego?): .....

**DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI ZAWODOWEJ OSOBY ZAINTERESOWANEJ**

4. **Wykształcenie:**  podstawowe nieukończone,  podstawowe,  zasadnicze,  średnie,  wyższe

5. Zawód wyuczony: ..... 5. Zawód obecnie wykonywany: .....

6. Aktualne zatrudnienie: ..... 7.  Brak zatrudnienia

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

*(właściwe zaznaczyć x)*

1.  nie pobieram /  pobieram świadczenia z ubezpieczenia społecznego:  świadczenie rentowe,  emeryturę
2.  aktualnie nie toczy się,  toczy się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym

**Proszę podać jakim:**  ZUS,  Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych,  WZOON

Na jakim etapie jest postępowanie: .....

**3. Jestem świadomy/a**, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, Przewodniczący Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Chodzieży zawiadamia na piśmie o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.

**4. Zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego zobowiązuję się powiadomić o każdej zmianie adresu, w tym adresu elektronicznego.**

W razie zaniedbania ww. obowiązku doręczenie pisma pod dotychczasowy adres ma skutek prawny.

**5. Zgodnie z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

**Na posiedzenie składu orzekającego:**

*(właściwe zaznaczyć x)*

- mogę przybyć samodzielnie lub z osobą towarzyszącą,
- nie mogę przybyć (w tym przypadku należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo).

**DO WNIOSKU OBOWIĄZKOWO NALEŻY DOŁĄCZYĆ NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY:**

- 1. ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE** o stanie zdrowia, wydane nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku.
- 2. DOKUMENTCJĘ MEDYCZNĄ** potwierdzającą aktualny stan zdrowia zgodny z opisem schorzenia zawartym w zaświadczeniu o stanie zdrowia wystawionym przez lekarza (**potwierdzoną za zgodność z oryginałem**).
3. Inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności (np.: kserokopie posiadanych orzeczeń z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej, organów rentowych).

**UWAGA: wniosek o wydanie orzeczenia o ponowne ustalenie stopnia niepełnosprawności należy złożyć nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia.**

.....  
(czytelny podpis osoby zainteresowanej  
i/lub jej przedstawiciela ustawowego)

**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH  
DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH  
PETENTÓW POWIATOWEGO ZESPOŁU  
DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W CHODZIEŻY**

Na podstawie art. 13 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) zwanym dalej „RODO”, informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Chodzieży, ul. Wiosny Ludów 14 A, kod pocztowy 64-800 Chodzież, e-mail: [pcprchodziej@idsl.pl](mailto:pcprchodziej@idsl.pl), tel. 067 2811750.
2. Współadministratorami Pani/Pana danych osobowych są:
  - Pełnomocnik Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych ul. Żurawia 4 A, 00- 503 Warszawa,
  - minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego, tj. Minister Rodziny i Polityki Społecznej ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa
3. W trosce o ochronę Pani/Pana danych osobowych został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, którym jest Pani Anna Sobańska z którą można się skontaktować poprzez adres e-mail: [iod@annasobanska.pl](mailto:iod@annasobanska.pl) lub listownie pod adresem Administratora.
4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu w celu rozpatrzenia wniosku lub w celu prowadzenia innych postępowań administracyjnych związanych z Pani/Pana wnioskiem.
5. Pani/ Pana dane osobowe będą przetwarzane w związku z realizacją obowiązków wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz aktów wykonawczych do ustawy, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b, c i j RODO.
6. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres, niezbędny do realizacji celu przetwarzania i przechowywane zgodnie z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia 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.
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem ustawowym, a ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości wykonania zadań oraz obowiązków prawnych ciążących na administratorze.
8. Odbiorcami Państwa danych osobowych będą podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa oraz podmioty świadczące usługi w ramach zawartej z Administratorem umowy
9. Posiada Pani/Pan prawo:
  - żądania dostępu do treści danych osobowych, w tym uzyskania kopii danych;
  - żądania sprostowania lub uzupełnienia danych osobowych;
  - żądania usunięcia danych osobowych w przypadkach przewidzianych prawem,
  - żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych (w przypadkach określonych przepisami prawa);
  - żądania przenoszenia danych;
  - wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, w przypadku przetwarzania danych na podstawie prawnie uzasadnionego interesu.
10. Posiadają Państwo prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych przy ul. Stawki 2 00-193 Warszawa, jeżeli uznają Państwo, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa.
11. Państwa dane nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
12. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.