………....….................................

Nr sprawy…………………………

Nr wniosku ………………………

(miejscowość i data )

**Do Powiatowego Zespołu**

**do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

**w Trzebnicy**

*Miejsce na adnotacje urzędowe*

**Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**

**Wniosek składam:\***

🞎 Po raz pierwszy

🞎 W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia

🞎 W związku ze zmianą w stanie zdrowia

**Dane osoby zainteresowanej**

Imię: |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

Nazwisko: |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

Data urodzenia ……………………… miejsce urodzenia …………………………….………

PESEL |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| obywatelstwo ……………………..

Numer i seria dokumentu tożsamość: |\_\_\_\_\_\_\_\_\_| nr |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

Adres zameldowania na pobyt stały kod |\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_|\_\_| miejscowość ………………………

ul. ……………………………………..… nr (*domu i mieszkania*) ……………………………

Adres pobytu powyżej 2 miesięcy (*jeśli jest inny niż adres zamieszkania*)…………………….

………………………………………………………………………………………………….

Adres do korespondencji ……………………………………………………………………….

Nr telefonu ……………………………………………………………………………………...

**Dane przedstawiciela ustawowego** *(rodzic osoby niepełnoletniej lub ustanowiony opiekun prawny)*

Imię: |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

Nazwisko: |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

Data urodzenia ………………………… miejsce urodzenia ………………………………..…

PESEL |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

Dokument tożsamości: seria |\_\_\_\_\_\_\_\_\_| nr |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

Adres zameldowania na pobyt stały kod |\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_|\_\_| miejscowość ………………………

ul................................................................ nr ....................................nr telefonu ........................

Adres do korespondencji (*jeśli jest inny niż adres zamieszkania*) …………..............................

…………………………………………………………………………………………………..

**Wniosek składam dla celów:\***

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 odpowiedniego zatrudnienia  🞎 szkolenia  🞎 uczestnictwa w warsztacie terapii zajęciowej  🞎 zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze  🞎 korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji  🞎 uzyskania karty parkingowej | 🞎 zamieszkiwania w oddzielnym pokoju w związku z ubieganiem się o dodatek mieszkaniowy  🞎 uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego  🞎 uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego  🞎 korzystania z ulg i uprawnień (wymienić jakich) …………………………………….  ……………………………………………... |

**Sytuacja społeczna i zawodowa osoby zainteresowanej:\***

**Stan cywilny: 🞎 wolny/a, 🞎 żonaty/mężatka, 🞎 wdowiec/wdowa, 🞎 inne ……………**

**Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| wykonywanie czynności samoobsługowych: | 🞎 samodzielnie | 🞎 z pomocą | 🞎 konieczna opieka |
| poruszanie się | 🞎 samodzielnie | 🞎 z pomocą | 🞎 konieczna opieka |
| prowadzenie gospodarstwa domowego | 🞎 samodzielnie | 🞎 z pomocą | 🞎 konieczna opieka |

**Sytuacja zawodowa:**

- wykształcenie.......................................................

- 🞎 aktywny zawodowo, 🞎 bezrobotny, 🞎 uczeń/student, 🞎 emeryt/rencista\*

- zawód aktualnie wykonywany......................................................................................................

- forma zatrudnienia (umowa o pracę, umowa cywilna)\*, wymiar czasu pracy …………………

**Oświadczenia:**

1. 🞎 **Nie pobieram**/ 🞎 **pobieram**\* świadczenia z ubezpieczenia społecznego: 🞎 emeryturę, 🞎 rentę, 🞎 rentę rodzinną, 🞎 świadczenie rehabilitacyjne.
2. 🞎 **Nie składałem /am /** 🞎 **składałem /am\*** uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności, jeżeli tak, to gdzie i kiedy.............................................................................

🞎 **Nie posiada /** 🞎  **posiada orzeczenie**\* o stopniu niepełnosprawności wydane w dniu…………………….. ważne do dnia ……………………………………………………….

1. 🞎 **Mogę /** 🞎  **nie mogę przybyć** \* na posiedzenie składu orzekającego *(jeśli nie, należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej, obłożnej choroby nierokującej poprawy)*
2. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja uznana zostanie za niewystarczającą do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, przewodniczący zespołu zawiadamia na piśmie osobę zainteresowaną o konieczności jej uzupełnienia w wyznaczonym terminie. Nieuzupełnienie dokumentacji spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
3. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania (*zgodnie z art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego*).
4. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego oświadczam, że dane zawarte w powyższym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym

W załączeniu przedkładam:

1. Oryginał ważnego zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia
2. Dokumentację medyczną potwierdzającą aktualny stan zdrowia *(wyniki badań, wypisy szpitalne, konsultacje specjalistyczne)* - KOPIA
3. Kopie posiadanych orzeczeń

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Podpis osoby składającej wniosek 1 |
|  |  |  |
| 🞎 **właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |  | ……………………………………... |
| 1  podpis osoby zainteresowanej lub, jeśli nie posiada ona zdolności do czynności prawnych, jej przedstawiciela ustawowego (w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej należy dołączyć postanowienie sądu | | |

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

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

miejscowość i data

# Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

## wydane dla potrzeb

Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Trzebnicy (ważne przez 30 dni od daty wystawienia)

Imię i nazwisko ..................................................................................................

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

Adres zamieszkania ............................................................................................

Numer PESEL ..................................................................................................

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (*uwzględnić stopień wydolności*)

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

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

1. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyt w szpitalu, sanatorium:

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

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

1. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące *(uwzględnić stopień wydolności)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwości poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Używanie zaopatrzenia ortopedycznego i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie w załączeniu do zaświadczenia:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

Tak/ Nie\*

Od kiedy pacjent posiada dokumentacje medyczną? (rok).....................................

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczeni?(rok)..................................................................................................

W/w Pan /i/ wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji

Tak / Nie\*

W/w Pan /i/ jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.

Tak / Nie\*

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

pieczątka i podpis lekarza

\* zakreślić odpowiednie

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

1. **ADMINISTRATOR DANYCH OSOBOWYCH**Nazwa: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Trzebnicy  
Adres: Kościuszki 10, 55-100 Trzebnica  
Kontakt: pcpr@pcpr.trzebnica.pl

2. **INSPEKTOR OCHRONY DANYCH**Imię i nazwisko: Dawid Nogaj  
Kontakt: inspektor@bezpieczne-dane.eu

3. **CEL PRZETWARZANIA**   
Państwa dane osobowe w będą przetwarzane w celu udzielenia wsparcia zgodnie ze składanym wnioskiem.   
  
4. **PODSTAWY PRAWNE PRZETWARZANIA**

Przesłanka RODO: art. 6 pkt lit. c i art. 9 ust. 2 lit. g RODO.  
Podstawa prawna:

* Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej albo osobę usamodzielnianą opuszczającą pieczę zastępczą wraz z późniejszymi zmianami.
* Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej wraz z późniejszymi zmianami.
* Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej wraz z późniejszymi zmianami.
* Ustawa z dnia 27.08.1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych wraz z późniejszymi zmianami.
* zawarta umowa
* udzielona zgoda

5. **ODBIORCY DANYCH**   
Odbiorcami danych mogą być upoważnieni pracownicy Administratora, podmioty, którym należy udostępnić dane osobowe w celu wykonania obowiązku prawnego, a także podmioty, którym dane zostaną powierzone przez Administratora do zrealizowania celów przetwarzania.

6. **OKRES PRZECHOWYWANIA**   
Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny dla zrealizowania celu zawartego w punkcie nr. 3 a następnie przez okres wynikający z przepisów obowiązującego prawa.

7. **PRZYSŁUGUJĄCE PRAWA**

* dostępu do danych oraz uzyskania kopii danych
* do żądania sprostowania danych
* do żądania usunięcia danych osobowych oraz bycia zapomnianym
* do żądania ograniczenia przetwarzania
* do przenoszenia danych
* do sprzeciwu wobec przetwarzania
* niepodlegania zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu
* do złożenia skargi od organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych)

8. **TRANSFER DO PAŃSTW SPOZA EOG I ORGANIZACJI MIĘDZYNARODOWYCH**  
Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej

9. **INFORMACJA**   
Podanie danych osobowych jest konieczne do udzielenia wsparcia, odmowa podania danych może skutkować niemożliwością jej realizacji.

10. **ZAUTOMATYZOWANE PODEJMOWANIE DECYZJI, W TYM PROFILOWANIE**Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w celu podejmowania decyzji w sposób zautomatyzowany ani nie będą wykorzystywane do profilowania.

…………………………………….…………………………………………………………………………………….  
(data i podpis osoby, która zapoznała się z klauzulą)