**Wniosek o wydanie orzeczenia**

**o stopniu niepełnosprawności**

**WNIOSEK SKŁADAM:**

* po raz pierwszy
* kolejny raz celem kontynuacji posiadanego orzeczenia
* w związku ze zmianą stanu zdrowia

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

(miejscowość i data)

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

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

Adres zameldowania……….. ....................................................................................................................................

Adres zamieszkania……….. ......................................................................................................................................

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

Numer PESEL ................................................. Nr i seria dowodu osobistego .........................................................

Nr telefonu ...............................................................adres email .............................................................................

**DANE DOTYCZACE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO**

***UWAGA – dotyczy osób niepełnoletnich i osób ubezwłasnowolnionych***

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

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

Adres stałego zameldowania………………………………………………………………………………………..

Numer PESEL……………………………. Numer i seria dowodu osobistego…………………………………….

Nr telefonu………………………………… adres email…………………………………………………………..

***Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania***

***o Niepełnosprawności***

***w Kościerzynie***

***ul. Krasickiego 4, tel.680-00-90***

**Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów:\***

* odpowiedniego zatrudnienia,
* szkolenie
* uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
* konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
* korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
* korzystania ze świadczeń pomocy społecznej,
* zasiłek pielęgnacyjny,
* uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
* korzystanie z karty parkingowej,
* zamieszkania w oddzielnym pokoju,
* inne (korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie oddzielnych przepisów)

**Uzasadnienie wniosku:**

1. Sytuacja społeczna:

stan cywilny .............................................................................................................................

2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania\*

wykonywanie czynności samoobsługowych samodzielnie/ z pomocą/opieka

poruszanie się w środowisku samodzielnie/ z pomocą/opieka

prowadzenie gospodarstwa domowego samodzielnie/ z pomocą/opieka

3. Sytuacja zawodowa

wykształcenie ......................................................................................................................................................... zawód wyuczony ........................................................ zawód wykonywany…………………………………….. obecne zatrudnienie ................................................................................................................................................

**Oświadczam, że:**

1.Pobieram/ nie pobieram\* świadczenie z ubezpieczenia społecznego (renta ZUS, KRUS, MSWiA)

jakie? ......................................................................................................................................................................

2. Byłem/ nie byłem/ jestem\* zaliczony do stopnia niepełnosprawności

Z jakim skutkiem………………………………………………………………………………………………….

3. Mogę/ nie mogę\* samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego. (Jeżeli nie, to należy załączyć

zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej

lub nie rokującej poprawy choroby).

4. 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 wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.



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

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

podpis osoby zainteresowanej

lub jej przedstawiciela ustawowego

**KLAUZULA INFORMACYJNA DLA KLIENTÓW**

Szanowni Państwo, zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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 i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) zwanego dalej RODO. informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Kościerzynie, ul. Krasickiego 4, 83-400 Kościerzyna**
2. Powołaliśmy Inspektora Ochrony Danych Pana Tomasza Henzler, z którym można kontaktować się pod adresem e-mail: [inspektorochronydanych@pcprkoscierzyna.pl](mailto:inspektordanych@pcprkoscierzyna.pl) lub telefonicznie pod numerem tel.: 533-686-100
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań PZON w Kościerzynie zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
4. Odbiorcami danych osobowych mogą być podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa np. sądy, Policja, ZUS, organ prowadzący i nadzorujący, a ponadto firmy zewnętrzne świadczące nam usługi lub inne podmioty, którym administrator powierzy przetwarzanie danych osobowych.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okresy wynikające z przepisów prawa oraz będą archiwizowane zgodnie z regulacjami obowiązującymi w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Kościerzynie.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.
8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do UODO gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
9. Podanie danych osobowych w celu wykonania przez Administratora obowiązku prawnego jest wymogiem ustawowym. W przypadku braku podania danych osobowych realizacja zadania przez PZON będzie niemożliwa.
10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania. Nie posiadamy również systemu zautomatyzowanego podejmowanie decyzji.

………………………………………………

podpis osoby informowanej

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

Kościerzyna dn. ...........................

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia**

wydane dla potrzeb

Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

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

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

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

Numer PESEL ............................................... Nr i seria dowodu osobistego .............................

**NIE WYPEŁNIAĆ W JĘZYKU ŁACIŃSKIM !**

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja.

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie.

6. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych (w załączeniu).

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia.

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

***Tak/Nie\****

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

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie (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 niepełnosprawności.

***Tak/Nie\****

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

pieczątka i podpis lekarza

\*niepotrzebne skreślić

|  |
| --- |
|  |