

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

Wniosek: pierwszorazowy, kontynuacja, zmiana stanu zdrowia*

Nr sprawy:

Środa Śl.....

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Numer PESEL

Nr i seria dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

Numer telefonu

***Dane przedstawiciela ustawowego osoby w wieku do 18 roku życia lub osoby
ubezwłasnowolnionej:***

Imię.....Nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL.....

Nr i seria dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.....

Miejsce zamieszkania

Do Powiatowego Zespołu do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności
W Środzie Śl.

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

- szkolenia
- odpowiedniego zatrudnienia
- korzystania z rehabilitacji
- korzystania z systemu pomocy społecznej
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
- inne (jakie?).....

Uzasadnienie wniosku:

1.sytuacja społeczna :

stan cywilny.....

stan rodzinny.....

zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

	samodzielnie	z pomocą	opieka
1/wykonywanie czynności samoobsługowych	x	x	x
2/prowadzenie gospodarstwa domowego	x	x	x
3/poruszanie się w środowisku	x	x	x
2.korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego	niezbędne	wskazane	zbędne
	x	x	x

3. sytuacja zawodowa :

wykształcenie.....
zawód.....
dotychczasowe zatrudnienie i staż pracy :
.....
obecne zatrudnienie.....

4.informacja o posiadanych kwalifikacjach

.....

5.Ogólny staż pracy (w latach).....

Oświadczanie, że:

1. pobieram świadczenie (nie pobieram)* z ubezpieczenia społecznego :
jakie.....
od kiedy.....
2. aktualnie toczy się (nie toczy się)* w mojej sprawie postępowanie przed innym organem
orzecznictwem, podać jakim.....
3. składałem (nie składałem)* uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:
jeżeli tak to kiedy.....
....., z jakim skutkiem
4. mogę (nie mogę)* samodzielnie przybyć na posiedzenie sądu orzekającego. (Jeżeli nie , to należy załączyć
zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu
obłożnej i długotrwałej choroby).
5. w razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji
specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie stanu 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.**

**Oświadczam , że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moim danych osobowych na
zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997 Nr
133 poz.883) w zbiorze danych osobowych prowadzonych przez Zespół.**

.....
podpis osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego

- niepotrzebne skreślić

Do wniosku należy dołączyć :

1. dokumentację medyczną np.: karty informacyjne leczenia szpitalnego, opinie lekarzy specjalistów, wyniki
testów i badań specjalistycznych, opis badań RTG, USG,
2. inne dokumenty potwierdzające niepełnosprawność np. kopie orzeczeń ZUS, KRUS, powiatowych lub
wojewódzkich zespołów orzekających,

Prosimy o rzetelne wypełnienie załącznika !

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania lub pobytu

PESEL nr i seria dowodu tożsamości

Podstawowe problemy zdrowotne:

.....

.....

Stan cywilny liczba i wiek dzieci

Wydolność opiekuńcza rodziny, osób bliskich (z kim mieszka, kto się opiekuje)

.....

Sytuacja mieszkaniowa (właściwe podkreślić)

- dom jednorodzinny, dom wielorodzinny
- parter / piętro
- ogrzewanie : piecem, centralne ogrzewanie
- łazienka, wc (w mieszkaniu, na korytarzu, na zewnątrz budynku, brak)
- warunki **utrudniające** samodzielne funkcjonowanie w obrębie budynku mieszkalnego i mieszkania

.....

- udogodnienia **ułatwiające** funkcjonowanie w obrębie budynku mieszkalnego i mieszkania

.....

- **dostosowanie** mieszkania do potrzeb wynikających z naruszonej sprawności organizmu

.....

- liczba osób wspólnie zamieszkałych

- posiadanie oddzielnego pokoju (tak / nie)

Źródła utrzymania rodziny (właściwe podkreślić) emerytura, renta, praca, praca dorywcza, pomoc rodziny, pomoc instytucji

Proszę zaznaczyć odpowiednim symbolem stopień samodzielności przy niżej wymienionych czynności w zakresie samoobsługi (**S** – wykonywanie czynności w pełni samodzielnie, **P** – konieczna pomoc częściowa lub okresowa ze strony innych osób, **U** – pełne uzależnienie od innych osób – konieczność całkowitej opieki) :

- mycie przy umywalce lub miednicy
- kąpiel w wannie (wejście i wyjście z wanny)
- branie prysznica
- mycie włosów
- czesanie się
- toaleta jamy ustanej
- obcinanie paznokci
- golenie się
- dojście do toalety
- kontrola/brak kontroli nad czynnościami wydalniczymi
- zdolność do słyszenia
- zdolność do widzenia

- zdolność do artykulacji mowy i jej rozumienia.....
- kontakt słowny.....
- przygotowanie ubrań (np. wyjęcie z szafy, ułożenie) z uwzględnieniem warunków pogodowych.....
- nałożenie ubrania.....
- zapinanie guzików.....
- zakładanie i sznurowanie butów.....
- zdjęcie ubrania.....
- sięganie po jedzenie.....
- wkładanie pokarmu do ust.....
- posługiwanie się sztućcami.....
- przygotowywanie posiłków.....
- przyjmowanie leków.....
- 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 miejscem zamieszkania.....
- sprzątanie.....
- robienie gruntowych porządków (mycie okien, zawieszanie zasłon, mycie podłóg).....
- ogrzewanie mieszkania.....
- pranie.....
- prasowanie.....
- gotowanie.....
- zmywanie.....
- zmienianie pościeli.....
- robienie zakupów.....
- planowanie budżetu domowego.....
- reperacja garderoby.....
- dbanie o własność osobistą i bezpieczeństwo domowe.....

.....
Podpis osoby składającej wniosek

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość.....

Data.....

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb

Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

(**Uwaga!** Zaświadczenie ważne jest 90 dni od daty wystawienia do dnia złożenia w Zespole)

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Numer PESEL.....

Nr i seria dowodu osobistego.....

1) Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....
.....

2) Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowanej choroby, zastosowanie leczenia 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 zaopatrzenia ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie

.....
.....

6) Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie stanowiących załącznik do niniejszego zaświadczenia

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

7) Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

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

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

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

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

W/w Pan/i jest trwale zdolny(a) / niezdolny(a)* do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności.

U w/w Pana/i nastąpiło / nie nastąpiło* istotne pogorszenie stanu zdrowia od czasu poprzedniego badania przez zespół.

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

*niepotrzebne skreślić

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (w postaci: imię, nazwisko, numer i seria dowodu osobistego, adres zamieszkania, PESEL, data i miejsce urodzenia, informacje o stanie zdrowia i rodziny) oraz na administrowanie moimi danymi osobowymi zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Europy - w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu przez **Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania Osób Niepełnosprawnych**, ul. Kilińskiego 30b, 55-300 Środa Śląska, w celu realizacji zadań prowadzonych przez Powiatowe zespoły.

.....
podpis wnioskodawcy/ opiekunów prawnych

Klauzula informacyjna

Zgodnie 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 (RODO), informujemy, iż:

- 1) administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Śląskiej, ul. Wrocławska 2, 55-300 Środa Śląska;
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem e-mail: rodo.hr.consulting@gmail.com lub adresem do korespondencji jest adres administratora;
- 3) celem przetwarzania danych jest realizacja obowiązków wynikających z przepisów prawa - art. 6 ust. 1 lit. c RODO;
- 4) Odbiorcami Państwa danych osobowych są podmioty przetwarzające dane osobowe na podstawie powierzenia przetwarzania danych przez ADO oraz inne podmioty upoważnione na podstawie obowiązujących przepisów prawa;
- 5) *dane udostępnione przez Państwa będą podlegały udostępnieniu podmiotom wykonującym na rzecz administratora zadań statutowych i mogą zostać udostępniane tylko organom upoważnionym na podstawie przepisów prawa;*
- 6) *Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.* Państwa dane osobowe nie są przekazywane poza EOG;
- 7) *Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa;*
- 8) przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy RODO. Organem nadzorczym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 9) Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu co do danych osobowych, których podanie jest dobrowolne, prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem. Oświadczenie o cofnięciu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga złożenia w formie pisemnej na adres ADO, lub elektronicznej na adres mailowy pcpr@powiat-sredzki.pl ;
- 10) Podanie przez Państwa danych osobowych jest wymogiem ustawowym;
- 11) *dane udostępnione przez Państwa nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.*

.....
podpis wnioskodawcy/ opiekunów prawnych