

....., dnia

(miejscowość)

POWIATOWY ZESPÓŁ DS. ORZĘKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

42-600 Tarnowskie Góry, ul. Sienkiewicza 16

tel. 381-81-02; 381-87-64; 381-87-60

Nr sprawy **PZO.8321**.....

WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA

- ☐ Pierwszorazowy
- ☐ Powtórny (**NOWY WNIOSEK MOŻNA SKŁADAĆ NIE WCZEŚNIEJ NIŻ NA 30 DNI PRZED UPŁYWEM WAŻNOŚCI POPRZEDNIEGO ORZECZENIA**)
- ☐ Ze względu na zmianę stanu zdrowia
- ☐ O niepełnosprawności – dla dzieci do 16 roku życia
- ☐ O stopniu niepełnosprawności – dla osób powyżej 16 roku życia

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia

Miejsce urodzenia.....

Seria i numer dowodu osobistego..... PESEL.....

Adres zameldowania.....

Adres zamieszkania / pobytu**.....

Adres do korespondencji.....

.....tel.

W PRZYPADKU OSÓB POSIADAJĄCYCH PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego.....

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

Adres zameldowania.....

Adres zamieszkania / pobytu**.....

Adres do korespondencji.....

.....tel.

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów

- ☐ Odpowiedniego zatrudnienia
 - ☐ Szkolenia
 - ☐ Uczestnictwa w terapii zajęciowej
 - ☐ Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
 - ☐ Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
 - ☐ Korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ustawy z 20.06.1997 r. Prawo o ruchu drogowym (DZ. U. z 2017 r., poz. 1260)
 - ☐ Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
 - ☐ Uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego
 - ☐ Uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
 - ☐ Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
 - ☐ Uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
 - ☐ Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
 - ☐ Inne
- Cel podstawowy.....

Uzasadnienie wniosku

1. sytuacja społeczna:

stan cywilny:

- ☐ kawaler/panna;
- ☐ żonaty /zamężna;
- ☐ wdowiec/wdowa;
- ☐ rozwiedziony/rozwiedziona;
- ☐ separowany/separowana

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:			
	samodzielnie	z pomocą	opieka
Wykonywanie czynności samoobsługowych			
Poruszanie się			
Prowadzenie gospodarstwa domowego			

2. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego.....

3. Dziecko uczęszcza do :

- ☐ żłobka;
- ☐ przedszkola ogólnodostępnego;
- ☐ przedszkola integracyjnego;
- ☐ przedszkola specjalnego;
- ☐ szkoły ogólnodostępnej;
- ☐ szkoły ogólnodostępnej z internatem;
- ☐ szkoły integracyjnej;
- ☐ oddziału integracyjnego;
- ☐ szkoły specjalnej;
- ☐ oddziału specjalnego;
- ☐ szkoły specjalnej z internatem;
- ☐ ośrodka szkolno-wychowawczego;

4. Sytuacja zawodowa

Wykształcenie:

- ☐ podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego;
- ☐ podstawowe;
- ☐ zawodowe;
- ☐ średnie;
- ☐ wyższe;

zawód wyuczony.....

aktualnie wykonuje pracę zarobkową:

- ☐ TAK zawód wykonywany.....
- ☐ NIE

Oświadczam, że:

1. Nie pobieram* / pobieram* świadczenie rentowe:

- ☐ renta szkoleniowa;
- ☐ renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy;
- ☐ renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy;
- ☐ renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji;
- ☐ renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy;
- ☐ renta rolnicza szkoleniowa;
- ☐ wojskowa renta inwalidzka;
- ☐ policyjna renta inwalidzka;
- ☐ renta inwalidzka z powodu inwalidztwa I grupy;
- ☐ renta inwalidzka z powodu inwalidztwa II grupy;
- ☐ renta inwalidzka z powodu inwalidztwa III grupy;

2. Czy był składany wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:
TAK / NIE * jeżeli tak, to kiedy.....

3. Czy może Pani / Pan przybyć na posiedzenie składu orzekającego: TAK / NIE*

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 lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

5. Przebywam na terenie Powiatu Tarnogórskiego lub Powiatu Lublinieckiego powyżej dwóch miesięcy w celach zdrowotnych lub rodzinnych.**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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) informuję, iż:

1. Administratorem pani/pana danych osobowych w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Tarnowskich Górach z siedzibą w Tarnowskich Górach przy ul. Sienkiewicza 16 jest Przewodniczący Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Tarnowskich Górach, email: orzecznictwo.tg@tarnogorski.pl, nr telefonu: (32) 381-87-64.
2. W Starostwie Powiatowym w Tarnowskich Górach, został powołany inspektor ochrony danych, email: jodo@tarnogorski.pl.
3. Pani/pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania orzeczniczego na podstawie art. 6 ust. 1 pkt a i pkt c. rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku.
4. Pani/pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
5. Pani/pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wskazany w instrukcji kancelaryjnej dla organów powiatu.
6. Posiada pani/pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Ma pani/pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna pani/pan, iż przetwarzanie danych osobowych pani/pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku.
8. Podanie przez panią/pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest pani/pan zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie skutkowało odmową wszczęcia postępowania orzeczniczego.
9. Pana/pani dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIA PRAWDY.

PRZYJĘŁAM / PRZYJĄŁEM DO WIADOMOŚCI I WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE MOICH DANYCH OSOBOWYCH DO CELÓW POSTĘPOWANIA ORZECZNICZEGO

W załączeniu do wniosku przedkładam:

- 1. oryginał zaświadczenia o stanie zdrowia wydany przez lekarza (ważny 30 dni od daty wystawienia przez lekarza)**
- 2. aktualną dokumentację medyczną:**
 - kserokopie wypisów ze szpitala, opisów zdjęć Rtg, kartotek z przychodni prowadzących, inne dokumenty mające wpływ na wydanie orzeczenia **(oryginały lub kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem).**

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

* niepotrzebne skreślić

** Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Tarnowskich Górach jest właściwy do orzekania w niniejszej sprawie, jeśli przebywa Pan/Pani na terenie Powiatu Tarnogórskiego lub Powiatu Lublinieckiego powyżej dwóch miesięcy w celach zdrowotnych lub rodzinnych.