

....., dnia
(miejscowość)

POWIATOWY ZESPÓŁ DS. ORZEKANIA 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 / obywatelstwo.....
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;
- ☐ zasadnicze;
- ☐ 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 sądu 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 jest Starosta Tarnogórski oraz Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Tarnowskich Górach ul. Sienkiewicza 16, 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 DO CELÓW POSTĘPOWANIA ORZECZNICZEGO.

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

Do wniosku należy załączyć:

1. **oryginał zaświadczenia o stanie zdrowia wydany przez lekarza (ważny 30 dni od daty wystawienia);**
2. **uwierzytelnioną kserokopię dokumentacji medycznej, tzn. potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez organ lub podmiot, który dokument wytworzył lub kopię wraz z oryginałem do wglądu, którą stanowią m.in.: karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych, opisy badań ekg, rtg, usg, TK, rezonansu magnetycznego, opinie psychologiczne (są ważne 2 lata), kartotekę z poradni prowadzącej oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności, a zwłaszcza okresu jej powstania;**
3. **w przypadku schorzeń okulistycznych badanie ostrości wzroku, pola widzenia oraz dokumentację z poradni okulistycznej;**
4. **w przypadku osób ubezwłasnowolnionych lub pozbawionych zdolności do czynności prawnych dla których został ustanowiony opiekun prawny lub kurator - **uwierzytelnioną przez Sąd lub notariusza kserokopię postanowienia albo zaświadczenia o ustanowieniu opieki lub kurateli;****
5. **w przypadku gdy stan zdrowia wyłącza możliwość złożenia podpisu osoba niemogąca pisać, lecz mogąca czytać może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, obok którego inna osoba w obecności której dokonano ww. czynność prawną potwierdzi powyższe wpisując obok tego odcisku imię i nazwisko osoby zainteresowanej umieszczając jednocześnie swój podpis.**

Uwaga:

1. **Dokumentacja medyczna, której oryginalność nie jest potwierdzona za zgodność z oryginałem, nie będzie brana pod uwagę przy rozpatrywaniu wniosku.**
2. **Zgodnie z § 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 roku w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu *Osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności* wydane na czas określony może wystąpić z wnioskiem, o wydanie orzeczenia o ponowne ustalenie niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności, **nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia.****

* 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.