

Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Toruń, dnia

Nr sprawy: PZOON.8321. .2021
(numer nadaje Zespól)

Imię i nazwisko /...../

Data urodzenia..... Miejsce urodzenia

Adres zameldowania (stałego wg dokumentów)

Adres pobytu

Adres do korespondencji

Nr PESEL /...../ Nr, seria dowodu osobistego

Nr telefonu *

Dane przedstawiciela ustawowego – wypełniane tylko w przypadku gdy osoba zainteresowana jest niepełnoletnia lub ubezwłasnowolniona.

Gdy nie zachodzi w/w okoliczność zaznaczyć „NIE DOTYCZY”

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego /...../

Adres zamieszkania / adres korespondencyjny przedstawiciela ustawowego:

..... Nr PESEL

Seria i nr dowodu osobistego ; Nr telefonu *

Komisja pierwszorazowa

Komisja kolejna:

- w celu kontynuacji ważnego* orzeczenia
- w związku z pogorszeniem stanu zdrowia

Powiatowy Zespól do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności
ul. Towarowa 4-6
87-100 Toruń

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów: (odpowiednie zaznaczyć)

1. Odpowiedniego zatrudnienia uwzględniającego psychofizyczne możliwości,
2. Szkolenia, w tym specjalistycznego,
3. Uczestnictwa w terapii zajęciowej,
4. Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze ułatwiające funkcjonowanie,
5. Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych,
6. Ubiegania się o świadczenia pieniężne z pomocy społecznej: zasiłku pielęgnacyjnego, zasiłku stałego, innych świadczeń*
7. Korzystania z karty parkingowej zgodnie z art. 8 ust.1 ustawy – Prawo o ruchu drogowym,
8. Uzyskania dodatkowej powierzchni mieszkalnej, zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
9. Inne (proszę określić jakie, np. ulga telekomunikacyjna)

Uzasadnienie wniosku:

1. Sytuacja społeczna: stan cywilny; stan rodziny (ilość osób wspólnie zamieszkujących)
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. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego: niezbędne / wskazane / zbędne*; nie korzystam / korzystam*,
4. Sytuacja zawodowa:
 - wykształcenie; zawód / przygotowanie zawodowe lub posiadane kwalifikacje
 - obecne zatrudnienie nie pracuję / pracuję* (podać gdzie)

Oświadczam, że:

1. Pobieram / nie pobieram* świadczenie z ubezpieczenia społecznego: emerytura, renta, świadczenie przedemerytalne
 2. Składałem/nie składałem* uprzednio wniosek o ustalenie niepełnosprawności / stopnia niepełnosprawności: orzeczenie z dnia niepełnosprawność / stopień ważne do/na stałe* wydane przez Miejski/Powiatowy/Wojewódzki* Zespół ds. Orzekania o Stopniu* Niepełnosprawności w W przypadku zmiany nazwiska, podać nazwisko na które wydano poprzednie orzeczenie
 3. Posiadam /nie posiadam* orzeczenie innego organu orzeczniczego jeśli tak, to podać nazwę organu: (ZUS, KRUS, MSWiA), MON) podać datę wydania orzeczenia
 4. **Mogę/ nie mogę* 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.*)
 5. **Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na przetwarzanie udostępnionych danych dotyczących: numeru telefonu podanego w niniejszym wniosku w celu otrzymywania w ten sposób informacji dotyczących wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.**
Zostałem poinformowany/a o prawie do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych dotyczących: numeru telefonu w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pana/i zgody przed jej wycofaniem.
 6. Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy / a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
- * odpowiednie zaznaczyć

Wraz z wnioskiem należy złożyć dokumentację medyczną zgodnie z poniższą informacją

.....
Podpis wnioskodawcy lub jego przedstawiciela ustawowego

Informacja !

W dniu składania wniosku należy złożyć:

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza leczącego rodzinnego lub specjalistę (oryginał obowiązującego druku),
Zaświadczenie zachowuje ważność 30 dni - od daty wystawienia do dnia złożenia w Powiatowym Zespole d/s. Orzekania o Niepełnosprawności.
2. Oryginały lub kopie dokumentacji medycznej (zgodnie z art. 76a kpa - kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem na każdej stronie dokumentu przez podmiot, który dokument wytworzył, tj. np. historię choroby – potwierdza osoba uprawniona z poradni będącej w posiadaniu tej dokumentacji lub przez osobę uprawnioną do takiego potwierdzenia tj. notariusza albo przez występującego w sprawie pełnomocnika strony będącego adwokatem, radcą prawnym, rzecznikiem patentowym lub doradcą podatkowym) umożliwiające ustalenie stopnia niepełnosprawności, daty powstania niepełnosprawności i stopnia niepełnosprawności, itd.

Dokumentację medyczną stanowią: historie chorób z poradni specjalistycznych i POZ, karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań specjalistycznych (np.: badanie wzroku - dno oka, pole widzenia; badanie słuchu; rezonans magnetyczny; zdjęcia rtg i opisy do zdjęć rtg), aktualne wyniki testów psychologicznych oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na rozpatrzenie sprawy, np. opinie, orzeczenia.

Potwierdzenia za zgodność z oryginałem kserokopii dokumentu (karty informacyjnej leczenia szpitalnego, wyniku badania), który pozostaje w dokumentacji Zespołu może także dokonać pracownik przyjmujący wniosek, jeżeli przy składaniu wniosku zostanie przedstawiony oryginał dokumentu.

Przy dokonywaniu oceny o zaliczaniu do osób niepełnosprawnych przez skład orzekający będą uwzględniane tylko oryginały lub kopie dokumentacji medycznej potwierdzone za zgodność z oryginałem.

Kserokopie dokumentacji medycznej nie potwierdzone za zgodność z oryginałem, zgodnie z obowiązującymi przepisami, mogą posłużyć jako materiał pomocniczy przy wydawaniu oceny, ale nie decydują o zaliczaniu do stopnia niepełnosprawności.

3. W celu kontynuacji niepełnosprawności nowy wniosek o wydanie orzeczenia składa się nie wcześniej niż 30 dni przez utratą ważności posiadanego orzeczenia.
4. Przy kolejnym składaniu wniosku o wydanie orzeczenia należy dołączyć oryginały lub kopię dokumentacji medycznej zgrupowanej po dacie wydania ostatniego orzeczenia, potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez podmiot, który wydał dokument lub przez osoby uprawnione do takiego potwierdzenia(z imienia i nazwiska).
5. Jeżeli wnioskodawca był orzekany w innym Zespole lub był orzekany w Wojewódzkim Zespole ds. Orzekania bądź w Sądzie - prosimy załączyć kopię posiadanego orzeczenia lub wyroku.

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....dnia.....

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL.....

Nr i seria dowodu osobistego.....

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 wykonanych 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).....

TAK/NIE*

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*

.....
pieczętka i podpis lekarza

* niepotrzebne skreślić

KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/W (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, RODO), informuję, iż:

1. **Administratorem Twoich danych osobowych jest Przewodniczący Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Toruniu ul. Towarowa 4-6, 87 - 100 Toruń, dane kontaktowe Administratora danych:** tel.: 56 6628762, e-mail: e.trawinska@powiattorunski.pl.
2. **Inspektorem Ochrony Danych jest Paula Klugiewicz, Starostwo Powiatowe w Toruniu, ul. Towarowa 4-6, 87 - 100 Toruń. Dane kontaktowe Inspektora: iod2@powiattorunski.pl**
3. Możesz kontaktować z nami w następujący sposób: listownie (na adres Administratora), e-mailowo i telefonicznie (podane w punkcie 1 i 2).
4. **Twoje dane osobowe przetwarzane będą w celu:**
 - wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, uzyskania ulg i uprawnień na podstawie obowiązku wynikającego z art. 6 i 6b ust. 1 oraz art. 6d ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. 2019, poz. 1172), § 6 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. 2018, poz. 2027), rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 r. w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16 roku życia (Dz. U. 2002, Nr 17, poz. 162 z późn. zm.), rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2007 r. w sprawie wykonywania badań specjalistycznych na potrzeby orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. 2007, Nr 250, poz. 1875) oraz art. 6 ust 1 lit c, art. 9 ust. 2 lit. b, art. 10 RODO.
 - wydania legitymacji dokumentującej niepełnosprawność lub stopień niepełnosprawności (LON) na podstawie obowiązku wynikającego z art. 6 ca ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. 2019, poz. 1172.), § 35 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności oraz art. 6 ust 1 lit c, art. 9 ust. 2 lit. b RODO.
 - wydania karty parkingowej dla osoby niepełnosprawnej lub placówki, na podstawie obowiązku wynikającego z art. 8 ustawy Prawo o ruchu drogowym (t. j. Dz. U. 2018, poz. 1990 z późn. zm.), rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2014 r. w sprawie wzoru oraz trybu wydawania i zwrotu kart parkingowych (Dz. U. 2016, poz. 1438), rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 czerwca 2014 r. w sprawie rodzaju placówek uprawnionych do uzyskania karty parkingowej (Dz. U. 2014, poz. 818), rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2014 r. w sprawie wysokości opłaty za wydanie karty parkingowej oraz warunków dystrybucji blankietów kart parkingowych (Dz. U. 2014, poz. 843), oraz art. 6 ust 1 lit c, art. 9 ust. 2 lit. b RODO.
5. Podanie Twoich danych osobowych jest wymogiem ustawowym, jest obowiązkowe.
6. Odbiorcami Twoich danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
7. Twoje dane osobowe przetwarzane będą przez okres wskazany w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1172) gdy dotyczy:
 - wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – 50 lat,
 - wydania legitymacji dokumentującej niepełnosprawność lub stopień niepełnosprawności - 50 lat,
 - wydania karty parkingowej dla osoby niepełnosprawnej lub placówki – 50 lat,a następnie zostaną usunięte.
8. W związku z przetwarzaniem Twoich danych osobowych przez Administratora masz prawo do:
 - dostępu do treści Twoich danych, na podstawie art. 15 RODO;
 - sprostowania Twoich danych, na podstawie art. 16 RODO;
 - usunięcia Twoich danych, na podstawie art. 17 RODO, jeżeli:
 - Twoje dane osobowe przestaną być niezbędne do celów, w których zostały zebrane lub w których były przetwarzane,
 - Twoje dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z prawem,
 - ograniczenia przetwarzania Twoich danych, na podstawie art. 18 RODO;
9. Przysługuje Ci skarga do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznasz, że przetwarzanie Twoich danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
10. Twoje dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.