



3. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania (właściwie zaznaczyć znakiem „X”):

- wykonywanie czynności samoobsługowych:  samodzielnie /  z pomocą /  pod opieką  
- prowadzenie gospodarstwa domowego  samodzielnie /  z pomocą /  pod opieką  
- poruszanie się  samodzielnie /  z pomocą /  pod opieką

4. Aktualnie wykonuję pracę zarobkową:  TAK  NIE

5. Zawód: wyuczony ....., wykonywany .....

5. Pobieram świadczenie rentowe:  TAK  NIE Rodzaj świadczenia .....

#### **Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym na dzień składania wniosku i jestem świadomy/a, że za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy grozi odpowiedzialność wynikająca z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 2204).
2. Ponadto oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych i możliwości ich poprawiania.
3. Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności (j.t. Dz. U. z 2019 r., poz. 1397), zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że miejscem mojego pobytu stałego jest adres podany na odwrocie wniosku w rubryce: „Adres zamieszkania”.

.....  
**podpis wnioskodawcy \***

\* - podpis osoby orzekanej lub, jeżeli nie posiada ona zdolności do czynności prawnych, jej przedstawiciela ustawowego. W przypadku osób częściowo lub całkowicie ubezwłasnowolnionych należy dołączyć oryginał lub uwierzytelnioną kopię decyzji sądowej w tej sprawie. **Uwaga!** Wniosek osoby częściowo ubezwłasnowolnionej podpisują wspólnie: osoba zainteresowana oraz jej opiekun prawny.

Osoba nie mogąca pisać, lecz mogąca czytać może złożyć oświadczenie woli w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając również swój podpis z adnotacją, że odcisk został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

W przypadku składania wniosku przez ośrodek pomocy społecznej dokument podpisuje kierownik ośrodka, a do wniosku należy dołączyć oświadczenie osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego na reprezentowanie przez Ośrodek.

W przypadku wniosków osób małoletnich umieszczonych w pieczy zastępczej, dołączyć postanowienie sądu, z którego będzie wynikać, że osoba sprawująca pieczę ma prawo do składania wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności. W sytuacji, gdy rodzic biologiczny został ograniczony we władzy rodzicielskiej, to prawo do wystąpienia z wnioskiem o wydanie orzeczenia, a także reprezentowania dziecka podczas posiedzenia sądu orzekającego ma rodzic biologiczny.

**W przypadku osób zniepełniających lub mających problemy ze skontaktowaniem się z urzędem istnieje możliwość wyznaczenia pełnomocnika, do którego zespół będzie kierował wszelką korespondencję. W tym celu osoba orzekana powinna wypełnić i podpisać niniejsze upoważnienie:**

*Ja, niżej podpisany/a, upoważniam Pana/ią .....  
do odbierania od powiatowego zespołu wszelkiej korespondencji w mojej sprawie i proszę o kierowanie jej na adres osoby wyżej wymienionej:*

.....  
Podpis osoby udzielającej pełnomocnictwa

#### **KLAUZULA INFORMACYJNA RODO:**

Administratorem Danych osobowych jest Starostwo Powiatowe w Nowej Soli. Dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w celu wypełniania obowiązków prawnych. Pozostałe informacje dotyczące zasad przetwarzania danych osobowych i praw osób, których dane dotyczą dostępne są w Klauzuli informacyjnej dot. przetwarzania danych osobowych zamieszczonej na stronie internetowej Powiatu Nowosolskiego pod adresem: <https://powiat-nowosolski.pl> w zakładce RODO.

**WYPEŁNIA JEDEN WYBRANY LEKARZ (opisując całościowo stan zdrowia)**  
**ZAŚWIADCZENIE NALEŻY PRZEDŁOŻYĆ W CIĄGU 30 DNI OD DATY WYSTAWIENIA**

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....  
miejsowość i data (wypełnia lekarz)

**Zaświadczenie o stanie zdrowia**

**wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Wzrost.....Waga..... RR...../.....mmHg, R.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (zaświadczenie należy wypełnić w języku polskim):

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby:

3. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu:

5. Ocena wyników leczenia, rokowanie (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy) dalsze leczenie i rehabilitacja:

6. Używany sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:

7. Wykaz wykonanych badań, konsultacji specjalistycznych oraz innej dokumentacji medycznej potwierdzającej rozpoznanie choroby zasadniczej:

8. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data).....

9. Czy nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia? \* TAK / NIE

10. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej\* TAK / NIE

11. Czy osoba wymaga opieki ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji \* TAK / NIE

12. Czy osoba jest trwale niezdolna do udziału w posiedzeniu zespołu ds. orzekania \* TAK / NIE

\* - właściwie zakreślić

**Uwaga – jeśli osoba jest trwale niezdolna do udziału w posiedzeniu składu orzekającego (pkt. 12), to, w myśl § 8, art. 4 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (j.t. Dz.U. z 2018 r., poz. 2027) należy ten fakt potwierdzić osobnym zaświadczeniem lekarskim, wyjaśniając przyczyny uniemożliwiające osobiste przybycie i uczestnictwo pacjenta w posiedzeniu składu orzekającego.**

.....  
pieczętka i podpis lekarza