

**Wniosek o wydanie orzeczenia
o stopniu niepełnosprawności
dla osoby powyżej 16-go roku życia**

Znak sprawy ON.8321.2.....2023

(wypełnia urząd)

.....
Data wpływu wniosku (wypełnia urząd)

WAŻNA INFORMACJA DLA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O WYDANIE ORZECZENIA:

Do wniosku należy obowiązkowo dołączyć:

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane na potrzeb powiatowego zespołu ds. orzekania (oryginał).
2. Dokumentację medyczną ułożoną chronologicznie, która potwierdza rozpoznanie choroby zasadniczej opisanej w zaświadczeniu o stanie zdrowia (oryginały lub uwierzytelnione z oryginałem odpisy; istnieje możliwość przedłożenia oryginałów i kserokopii, które zespół uwierzytelni dla swoich potrzeb).

Wniosek składam (należy zaznaczyć znakiem „X” wyłącznie jeden tryb wszczęcia sprawy):

- po raz pierwszy;
- po raz kolejny (UWAGA! Jeśli wniosek składany jest w celu kontynuacji orzeczenia, to można go złożyć **nie wcześniej niż 30 dni** przed utratą ważności aktualnej decyzji);
- po raz kolejny, w związku ze zmianą stanu zdrowia lub w celu ustalenia prawa do karty parkingowej (dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie, które chcą uzyskać np. wyższy stopień, kolejną przyczynę niepełnosprawności lub na skutek zmiany przepisów utraciły prawo do posługiwania się kartą parkingową).

Dane osoby orzekanej: imię i nazwisko

Data urodzenia Miejsce urodzenia

Obywatelstwo Nr PESEL / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport): seria / _ / _ / _ / numer / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

Osoby do 18-go roku życia - nr aktu urodzenia:

Adres zameldowania

Adres pobytu (dotyczy wyłącznie pobytu powyżej 2 miesięcy w innej miejscowości niż miejsce zameldowania)

.....

Adres do korespondencji

Nr telefonu (pole nieobowiązkowe)

Dane przedstawiciela ustawowego (wypełnić tylko w przypadku wniosku niepełnoletniego dziecka lub osoby ubezwłasnowolnionej - fakt ubezwłasnowolnienia należy obowiązkowo potwierdzić postanowieniem sądu):

Imię i nazwisko Nr PESEL / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport): seria / _ / _ / _ / numer / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

Adres do korespondencji

Nr telefonu (pole nieobowiązkowe)

Zwracam się do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Nowej Soli

o wydanie orzeczenia dla celów (należy zaznaczyć znakiem „X” główny cel uzyskania orzeczenia):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> odpowiedniego zatrudnienia; | <input type="checkbox"/> ubiegania się o zasiłek pielęgnacyjny; |
| <input type="checkbox"/> uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej; | <input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego; |
| <input type="checkbox"/> konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze; | <input type="checkbox"/> wydania karty parkingowej; |
| <input type="checkbox"/> korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji; | <input type="checkbox"/> korzystania z innych ulg i uprawnień; |
| | |

Dane z obszaru społeczno-zawodowego (dotyczące osoby orzekanej):

1. Stan cywilny 2. Wykształcenie
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 karna.
2. Ponadto oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych i możliwości ich poprawiania.
3. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja medyczna uznana zostanie za niewystarczającą do wydania orzeczenia, przewodniczący zespołu zawiadamia osobę zainteresowaną o konieczności jej uzupełnienia w wyznaczonym terminie (ewentualne koszty dostarczenia dokumentacji ponosi strona postępowania).

.....
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 przypadku osób zniedołężniałych 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 niżej wymieniony adres:*

.....
Podpis osoby udzielającej pełnomocnictwa

KLAUZULA INFORMACYJNA RODO:

Administratorem Danych osobowych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności reprezentowany przez przewodniczącego Zespołu. Dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w celu wypełniania obowiązków prawnych ciążących na administratrze. 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 Biuletynu Informacji Publicznej Powiatu Nowosolskiego pod adresem: <https://bip.powiat-nowosolski.pl/procedury/12/wydzial/4/>

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

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

.....
data wydania (wypełnia lekarz)

Zaświadczenie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko.....

Nr PESEL

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

* - właściwe 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 2021 r., poz. 857) należy ten fakt potwierdzić osobnym zaświadczeniem lekarskim, wyjaśniając przyczyny uniemożliwiające osobiste przybycie i uczestnictwo pacjenta w posiedzeniu składu orzekającego.

.....
pieczętka i podpis lekarza