|  |  |
| --- | --- |
| Miejsce na adnotacje urzędowe | ……………………………………….., dnia ………………….. r. (miejscowość) (data)**Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Krapkowicach** |

**WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Na podstawie § 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r.
w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 2027, z późn. zm.)

**Wniosek składam (proszę wstawić znak X przy wybranym TYLKO JEDENYM polu):**

* Po raz pierwszy **- dotyczy osób nieubiegających się dotychczas o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**
* W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia **(nie wcześniej niż na 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia)**
(na podstawie § 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności- t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 2027, z późn. zm.) - **dotyczy osób, u których ważność poprzedniego orzeczenia upłynęła lub upłynie w ciągu najbliższych 30 dni**
* W związku ze zmianą stanu zdrowia
(na podstawie § 15 ust. 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania
o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności - t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 2027, z późn. zm.) **- dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, które ubiegają się o jego zmianę w trakcie jego ważności**
* Składałem wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – brak stopnia niepełnosprawności - **dotyczy osób ubiegających się o wydanie orzeczenia, które otrzymały decyzję o niezaliczeniu do osób niepełnosprawnych**
* **W związku ze zmianą przepisów ustawy** z dnia 20 czerwca 1997 r. **Prawo u ruchu drogowym** (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 110, z późn. zm.) w zakresie przyznania prawa do korzystania z karty parkingowej

**Dane osoby zainteresowanej:**

IMIĘ [\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_]

NAZWISKO [\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_]

Data urodzenia [\_\_[\_\_]-[\_\_[\_\_]-[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_] Miejsce urodzenia………………..………………………..
 dzień – miesiąc – rok

Numer PESEL [\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_] Obywatelstwo**\*** …………………….…………

Nr dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość:
………………………………………………..……………….……….. [\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_]

Adres zamieszkania ………………………………………………………….……………………………………………………………..…………….

Adres pobytu …………………………………………………………………………….……………………..……………………………………………..

(wypełnić, jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

**Dane przedstawiciela ustawowego** (wypełnić w przypadku, gdy osobą zainteresowaną jest dziecko w wieku od 16 do 18 lat lub osoba ubezwłasnowolniona – należy potwierdzić ten fakt postanowieniem sądu):

IMIĘ [\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_]

NAZWISKO [\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_]

Data urodzenia [\_\_[\_\_]-[\_\_[\_\_]-[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_]Miejsce urodzenia………………..…………………………..…..
 dzień – miesiąc – rok

Numer PESEL [\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_] Obywatelstwo**\*** ……………….……………..…………..

Nr dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość:
………………………………………………..……………….……….. [\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_]

Adres zamieszkania ………………………………………………………….………………………………………………..…………………………..…………….

Adres pobytu …………….…………………………………………………………………………………….…………………………………………………………….
 (wypełnić jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

**\***obywatelstwo w przypadku cudzoziemca nieposiadającego numeru PESEL

**Wniosek składam dla celów (najważniejsze cele zaznaczyć X):**

* 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 karty parkingowej
* Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
* Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
* Uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
* Zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju
* Uzyskanie przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
* Korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie innych przepisów
* Inne (wymienić jakie): …………………………………..
……………………………………………………………………………………………………………………………………………

 **Sytuacja społeczna i zawodowa osoby zainteresowanej (właściwe pole zaznaczyć X):**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Stan cywilny:**
 | 1. **Wykształcenie:**
 |
| * panna/ kawaler
* zamężna/ żonaty
* w separacji
* rozwiedziona/ rozwiedziony
* wdowa/ wdowiec
 | * mniej niż podstawowe
* podstawowe
* zasadnicze zawodowe
* średnie
* wyższe
 |
| 1. **Źródła dochodu**
 |
| * wynagrodzenie
* na utrzymaniu rodziny
* pomoc społeczna
* zasiłek dla bezrobotnych
 | * emerytura
* renta z tytułu ………………………………………..
* brak
* inne ……………………………………………………….
 |
| 1. **Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:**
 |
| * nie
 | * tak, jakiego: ……………………………………………………………………………………..……………………….
 |
| 1. **Czy aktualnie wykonuje Pani/Pan pracę zarobkową ?**
 | * tak
 | * nie
 |
| 1. **Zawód wyuczony**…………………………………………………………………………………………………………..……………
2. **Zawód wykonywany (obecnie)** …………………………………………………………………………………………………….
 |
| 1. **Zdolność do samodzielnego funkcjonowania (wybrać jedno właściwe pole i zaznaczyć X):**
 |
|  | samodzielnie | z pomocą | pod opieką |
| wykonywanie czynności samoobsługowych(np. mycie się, ubieranie i rozbieranie się, spożywanie posiłków) |  |  |  |
| poruszanie się w środowisku  (np. przemieszczanie się, komunikowanie się) |  |  |  |
| prowadzenie gospodarstwa domowego(np. pranie, sprzątanie, gotowanie)  |  |  |  |

**Oświadczam, że:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1)\*\*** | * Nie posiadam /
 | * Posiadam orzeczenie o ………………………………….…………………………..… stopniu
 |
|  |  (lekkim, umiarkowanym, znacznym)niepełnosprawności ważne do dnia ………………………………. |
| **2)\*\*** | * Mogę /
 | * Nie mogę przybyć na posiedzenie składu orzekającego
 |
|  | **Jeżeli nie** - należy dołączyć do wniosku zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo |
| **3)\*\*** | * Aktualnie toczy /
 | * Nie toczy się w mojej sprawie postępowanie przed sądem powszechnym
 |
|  | w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności |
| **4)** | W razie stwierdzenia przez zespół ds. orzekania o niepełnosprawności konieczności uzupełnienie dokumentacji medycznej m.in. poprzez wykonanie: badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, dostarczenie historii choroby z poradni specjalistycznych, **jestem świadomy ponoszenia kosztów ich wykonania we własnym zakresie**. |
| **6)** | **Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu pobytu do momentu zakończenia postępowania w sprawie.****Art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 256, z późn. zm.)**§ 1. W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swojego adresu, w tym adresu elektronicznego.§ 2. W razie zaniedbania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny. |
| **7)** | **Dane zawarte we wniosku są prawdziwe.** |
| **8)** | **Wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności jest autentyczna i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów.****Art. 270 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z** **2020 r. poz. 1444, z późn. zm.)**§ 1. Kto, w celu użycia za autentyczny, podrabia lub przerabia dokument lub takiego dokumentu jako autentycznego używa, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.§ 2. Tej samej karze podlega, kto wypełnia blankiet, opatrzony cudzym podpisem, niezgodnie z wolą podpisanego i na jego szkodę albo takiego dokumentu używa.§ 2a. W wypadku mniejszej wagi, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.§ 3. Kto czyni przygotowania do przestępstwa określonego w § 1,podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. |

|  |  |
| --- | --- |
| **9)** | **Zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej (załącznik nr 2 do wniosku) dotyczącej przetwarzania danych osobowych w celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz o przysługujących mi prawach.** |

\*\*właściwe zaznaczyć krzyżykiem

|  |  |
| --- | --- |
|  | ……………………………………………………………….……podpis osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego |

**UWAGA: Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności należy złożyć:**

* Oryginał wniosku **(dokładnie wypełnić każdą rubrykę)**,
* Oryginał zaświadczenia lekarskiego (**ważny 30 dni od daty wystawienia przez lekarza)**,
* Uwierzytelnioną kserokopię wszelkiej dokumentacji potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności, np.: karty informacyjne z leczenia szpitalnego, historia choroby, badania dodatkowe, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie.
* Kserokopie poprzednich orzeczeń (jeśli były)

**Załączniki:**
Nr 1 – Zgoda na przetwarzanie dodatkowych danych

Nr 2 – Klauzula informacyjna

Załącznik nr 1 – Zgoda na przetwarzanie dodatkowych danych

**Zgoda na przetwarzanie dodatkowych danych osobowych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 *ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych* z dnia 27 kwietnia 2016 r. **wyrażam zgodę**:

1. na podanie mojego numeru telefonu w celu ułatwienia kontaktowania się Zespołu ze mną w sytuacjach, gdy jest to niezbędne.

Podanie numeru jest świadomie wyrażoną i dobrowolną zgodą.

Nr telefonu [\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_]

Nr telefonu [\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_]

1. na podanie adresu do korespondencji (wypełnić w przypadku kiedy jest inny niż adres zamieszkania) ……………………………………………………………………………………………………………...........................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
|  | ……………………………………………………………….……podpis osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego |

Załącznik nr 2 – Klauzula informacyjna

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

**dla Klientów Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krapkowicach**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 *ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych* z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krapkowicach, reprezentowany przez Przewodniczącą Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności

w Krapkowicach, adres do korespondencji: ul. Kilińskiego 1, 47-303 Krapkowice, e-mail: ps@powiatkrapkowicki.pl;

1. Inspektorem ochrony danych w Starostwie Powiatowym w Krapkowicach jest Henryk Małek, Sekretarz Powiatu, tel. 77 40 74 308, e-mail: h.malek@powiatkrapkowicki.pl.
2. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności
w Krapkowicach oraz organy właściwe określone ustawami.
3. Celem przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest prowadzenie postepowania administracyjnego przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krapkowicach. Podstawę prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. a, lub e rozporządzenia RODO.
4. Dane osobowe będą przekazywane do innego państwa wyłącznie w przypadkach, kiedy wymaga tego prowadzone postępowanie.
5. Państwa dane nie podlegają zautomatyzowanemu systemowi podejmowania decyzji oraz profilowaniu.
6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z zasad określonych w rozporządzeniu z dnia 18 stycznia 2011 roku w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji
w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
7. Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych, które przetwarzamy na podstawie Państwa zgody. Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Państwa zgody przed jej wycofaniem.
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych
9. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych (UODO), w przypadku, gdy uzna,
że przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

***Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności***

***osobom po 16 roku życia***

W Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności osoba powinna złożyć:

1. **ORYGINAŁ:**
2. Wniosku o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – **czytelnie i dokładnie wypełnić**

 **każdą rubrykę.**

1. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb Zespołu ds. Orzeka o Niepełnosprawności – **okres ważności zaświadczenia lekarskiego, to 30 dni od daty wystawienia przez lekarza.**
2. Dane opiekuna dziecka, jeżeli dziecko nie ukończyło 18 lat.
3. **Wnioski o ponowne ustalenie stopnia niepełnosprawności należy składać nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia.**
4. **DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ,** która powstała przed złożeniem wniosku, np.:
5. Karty informacyjne leczenia szpitalnego – oryginał;
6. Opinie, konsultacje i zaświadczenie lekarskie – oryginał;
7. Posiadane dotychczasowe orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie z KIZ, ZUS, KRUS

i innych organów orzeczniczych – oryginał do wglądu;

1. Badania dodatkowe – dotyczące niepełnosprawności - oryginał;
2. Kserokopia historii choroby potwierdzona za zgodność z oryginałem – jeżeli nie ma innej dokumentacji,
3. Spirometria, testy alergiczne, audiogram, badanie dna oka, pole widzenia, ostrość wzroku
(w zależności od schorzenia) – oryginał;
4. Inne badania świadczące o chorobie – oryginał.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności****ul. Kilińskiego 1****47-303 Krapkowice** | **Kontakt:****Tel. 77 40 74 337,****669 095 613****e-mail: ps@powiatkrapkowicki.pl** | **Godziny urzędowania:****poniedziałek – piątek****7:30 – 15:30** |