

Nr sprawy

Nr akt

WNIOSEK o wydanie orzeczenia o:*

- 1) **niepełnosprawności** – dla dzieci do 16-go roku życia
- 2) **stopniu niepełnosprawności** – dla osób powyżej 16-go roku życia
- 3) **wskazaniach do ulg i uprawnień** – dla osób posiadających orzeczenie innych organów rentowych (np. ZUS)

Wniosek:* **1. pierwszorazowy** **2. ponowny:** upływ terminu ważności orzeczenia / zmiana stanu zdrowia

WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię i nazwiskoIlość lat.....

Data i miejsce urodzenia..... PESEL.....

Seria i nr dowodu osobistego / Nr aktu urodzenia (dotyczy dzieci do 16 roku życia).....

Adres stałego zameldowania:.....

kod pocztowy.....poczt.....gmina.....

Adres pobytu (jeśli inny niż stałego zameldowania).....

Adres do korespondencji.....

Nr telefonuadres poczty elektronicznej.....

**WYPEŁNIAĆ WYŁĄCZNIE DLA OSÓB
W WIEKU DO 18 LAT LUB OSÓB UBEZWŁASNOWIANYCH**

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego.....

Data i miejsce urodzenia..... PESEL.....

Seria i nr dowodu osobistego.....

Adres stałego zameldowania.....

Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Gostyniu

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia do celów:*

- 1) odpowiedniego zatrudnienia
- 2) szkolenia
- 3) uczestnictwa w terapii zajęciowej
- 4) konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- 5) korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
- 6) uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- 7) uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- 8) korzystania z karty parkingowej
- 9) inne.....

Cel główny nr

Uzasadnienie wniosku:

1.Sytuacja społeczna

- stan cywilny..... stan rodziny (ilość osób wspólnie zamieszkujących).....
- zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1) wykonywanie czynności samoobsługowych* | samodzielnie / z pomocą / opieka |
| 2) poruszanie się w środowisku* | samodzielnie / z pomocą / opieka |
| 3) prowadzenie gospodarstwa domowego* | samodzielnie / z pomocą / opieka |

- dziecko uczęszcza do (dotyczy dzieci do 18 roku życia):*

żłobek / przedszkole ogólnodostępne / przedszkole specjalne / przedszkole integracyjne / szkoła ogólnodostępna / szkoła specjalna /
szkoła integracyjna / oddział integracyjny / ośrodek szkolno-wychowawczy

2. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:* niezbędne / zbędne

3.Sytuacja zawodowa, wykształcenie, kwalifikacje: wykształcenie.....

zawód (wyuczony)....., obecne zatrudnienie (zawód wykonywany).....

.....

Oświadczam, że: *

1. nie pobieram świadczeń rentowych / pobieram świadczenia rentowe, (jakie ?).....
 2. nie toczy się / toczy postępowanie odwoławcze przed innym organem orzecznictwem (podać organ).....
 3. nie składałem(am) / składałem(am) wniosek o ustalenie niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności (data komisji, nr orzeczenia, termin ważności).....
- W przypadku wydania orzeczenia przez inny zespół niż Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Gostyniu należy załączyć kserokopię orzeczenia wraz z oryginałem do wglądu.
4. mogę samodzielnie lub z pomocą osoby drugiej / nie mogę przybyć na posiedzenie składu orzekającego (**jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby**)
 5. dane zawarte we wniosku są prawdziwe.

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 lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy(a) wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. ORYGINAŁ ważnego zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wydane nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku.
2. Uwierzytelnione kserokopie (potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ lub podmiot, który dokument wytworzył) lub kserokopie wraz z oryginałami do wglądu posiadanej dokumentacji medycznej potwierdzającej aktualny stan zdrowia tj. karty informacyjne leczenia szpitalnego i rehabilitacyjnego, wyniki badań specjalistycznych, konsultacje, aktualne wyniki badań laboratoryjnych, wyniki opisowe badań RTG, EKG, EEG, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego itp.
3. Kserokopie wraz z oryginałami do wglądu posiadanych orzeczeń rentowych (np. ZUS, KRUS, KIZ).
4. Oświadczenie o miejscu pobytu stałego.
5. Inne – wymienić jakie.....

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwane dalej RODO) informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Gostyniu z siedzibą w Gostyniu przy ul. Wrocławskiej 8, 63-800 Gostyń, reprezentowany przez Przewodniczącego Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Gostyniu.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych (IOD). Kontakt z IOD - Panią Natalią Wielowiejską możliwy jest pod adresem e-mail: kontakt@rodo-leszno.com.pl lub listownie na adres siedziby administratora, wskazany powyżej.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu niezbędnym do wydania orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności, legitymacji osoby niepełnosprawnej bądź karty parkingowej na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym oraz przepisów wykonawczych do ww. ustaw, w związku z art. 6 ust. 1 lit. c RODO.
4. Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane innym odbiorcom na podstawie przepisów prawa lub innym podmiotom, którym na podstawie zawartej umowy powierzono przetwarzanie danych osobowych i nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
5. Pani/Pana dane będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu, w którym zostały zebrane, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy o archiwizacji.
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania.
7. W przypadku uznania, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy prawa przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem koniecznym do rozpatrzenia sprawy i wynika z przepisów prawa.
9. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

.....
(podpis osoby zainteresowanej)

DOTYCZY wyłącznie osób do 18-go roku życia lub osób ubezwłasnowolnionych.

.....
(podpis przedstawiciela ustawowego)

*podkreślić właściwe