

.....
Data wpływu wniosku

PZON-/...../.....
Nr sprawy

POWIATOWY ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W ŻYWCU

ul. KS.PR.ST. SŁONKI 24 tel: (33) 861-70-49

WNIOSEK

W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

(właściwe zaznaczyć):

- składany po raz pierwszy
- składany o kontynuację orzeczenia (nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia)
- składany o zmianę orzeczenia z powodu pogorszenia / zmiany stanu zdrowia

DANE PERSONALNE OSOBY ZAINTERESOWANEJ/ WNIOSKODAWCY:

Imię pierwsze.....Imię drugie.....Nazwisko.....

Data urodzenia Miejsce urodzenia.....

Seria i numer dokumentu tożsamości (dowód osobisty, paszport, prawo jazdy, legitymacja szkolna).....

Obywatelstwo..... PESEL

Telefon kontaktowy.....

Adres zameldowania na pobyt stały:

Miejscowość	Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Kod pocztowy	Poczta
.....

Adres zamieszkania: (wpisać, jeżeli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na pobyt stały)

Miejscowość	Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Kod pocztowy	Poczta
.....

Adres do korespondencji : (wpisać, jeżeli jest inny niż wskazany powyżej)

Miejscowość	Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Kod pocztowy	Poczta
.....

DANE PERSONALNE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/WNIOSKODAWCY:
 (dotyczy osób które ukończyły 16 rok życia, a nie ukończyły 18 roku życia); **PEŁNOMOCNIKA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO** (w przypadku jeżeli została ustanowiona opieka prawna lub udzielone pełnomocnictwo należy wypełnić poniższe dane oraz załączyć kserokopię oraz oryginał do wglądu udzielonego pełnomocnictwa lub dokumentu ustanawiającego opiekę prawną).

Imię pierwsze.....Imię drugie.....Nazwisko.....

Data urodzenia Miejsce urodzenia.....

Seria i numer dokumentu tożsamości Obywatelstwo.....

PESEL

Adres zameldowania na pobyt stały:

Miejscowość	Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Kod pocztowy	Poczta
.....

Adres zamieszkania: (wpisać, jeżeli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na pobyt stały)

Miejscowość	Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Kod pocztowy	Poczta
.....

Adres do korespondencji :(wpisać, jeżeli jest inny niż wskazany powyżej)

Miejscowość	Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Kod pocztowy	Poczta
.....

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

- odpowiedniego zatrudnienia
- szkolenia
- uczestnictwa w warsztatach 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
- uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- inne

CEL PODSTAWOWY:.....

(należy wpisać cel podstawowy jeżeli zaznaczono więcej niż jeden cel)

UZASADNIENIE WNIOSKU:

1. **Sytuacja społeczna:** stan cywilny (właściwe zaznaczyć) : kawaler/ panna
 żonaty/ zamężna
 rozwiedziony/ rozwiedziona
 separowany/ separowana
 wdowiec/ wdowa

2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

- wykonywanie czynności samoobsługowych (właściwe zaznaczyć) : samodzielnie z pomocą opieka
- poruszanie się (właściwe zaznaczyć): samodzielnie z pomocą opieka
- prowadzenie gospodarstwa domowego (właściwe zaznaczyć): samodzielnie z pomocą opieka

3. Sytuacja zawodowa :

- wykształcenie (właściwe zaznaczyć): podstawowe zasadnicze zawodowe średnie wyższe
- zawód wyuczony
- aktualnie wykonuje pracę zarobkową (właściwe zaznaczyć): tak - zawód wykonywany nie

OŚWIADCZAM, ŻE

1. mogę przybyć samodzielnie mogę przybyć z opiekunem nie mogę przybyć na posiedzenie sądu orzekającego (jeżeli nie, należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej, długotrwałej choroby),
2. nie składałem składałem uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności i otrzymałem orzeczenie nr.....termin ważności
3. nie posiadam posiadam orzeczenie komisji ZUS, KRUS, MSWiA jakie:.....
4. 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 wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
5. Informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą pociąga za sobą odpowiedzialność karną przewidzianą w art. 233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego.

.....
data i podpis Wnioskodawcy

DO WNIOSKU NALEŻY ZAŁĄCZYĆ :

1. Oryginał zaświadczenia o stanie zdrowia wydanego przez lekarza stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszego wniosku.
2. Poświadczony za zgodność z oryginałem kserokopie kart leczenia szpitalnego (o ile takie leczenie miało miejsce) lub kserokopie kart leczenia szpitalnego wraz z oryginałem w celu uwierzytelnienia przez pracowników Zespołu.
3. Poświadczony za zgodność z oryginałem kserokopie innych dokumentów dotyczących stanu zdrowia mogących mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności (np. historia choroby, wyniki badań diagnostycznych, konsultacje specjalistyczne itd.) lub kserokopie tych dokumentów wraz z oryginałami w celu uwierzytelnienia przez pracowników Zespołu.

Uwaga! We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki. W przypadku gdy wniosek będzie zawierał pola niewypełnione, Wnioskodawca zostanie wezwany do jego uzupełnienia. Do wniosku należy również załączyć wszystkie wymagane załączniki.

KLAUZULA INFORMACYJNA

dla klientów Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Żywcu

1. Administratorem Pani/a danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności, ul. Ks. Prał. St. Słonki 24, 34-300 Żywiec.
2. Podmiotem przetwarzającym w imieniu Administratora jest Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.
3. W sprawach związanych z Pani/a danymi można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, e-mail iodo@pcpr-zywiec.pl.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celach realizacji ustawowych zadań Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Żywcu tj. rozpatrzenie wniosku o ustalenie statusu osoby niepełnosprawnej lub w celu prowadzenia innych postępowań administracyjnych związanych z Pani/Pana wnioskiem, określonych na gruncie ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego, co wynika z art. 6b ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz aktów wykonawczych do tej ustawy.
4. Dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom w celu prawidłowej realizacji zadań na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych lub instytucjom uprawnionym do przetwarzania danych osobowych na mocy przepisów prawa.
5. Pani/a dane osobowe będą przechowywane w czasie określonym przepisami prawa oraz zgodnie z rzeczowym wykazem akt PCPR w Żywcu.
6. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem wynikającym z przepisów ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Ma Pan/Pani prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, zajmującego się ochroną danych osobowych, gdy stwierdzone zostanie, że dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z przepisami prawa.
9. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania.
10. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Niniejszym oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie:

moich danych osobowych

moich danych osobowych oraz mojego podopiecznego

(imię i nazwisko podopiecznego)

przez administratora danych – Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności, ul. Ks. Prał. St. Słonki 24, 34-300 Żywiec w celu realizacji wniosku o ustalenie statusu osoby niepełnosprawnej lub w celu prowadzenia innych postępowań administracyjnych związanych z Pani/Pana wnioskiem. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

.....

data i podpis Wnioskodawcy