

.....
Data wpływu wniosku

.....
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
.....

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. Dokumentację medyczną tj. karty leczenia szpitalnego, kartoteki leczenia, wyniki badań i inne dokumenty dotyczące stanu zdrowia mogące mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności.

Dokumentacja medyczna powinna być potwierdzona za zgodność z oryginałem przez placówkę służby zdrowia, która ją prowadzi lub przedstawić kserokopię i oryginał do wglądu celem uwierzytelnienia przez pracownika Zespołu ds. Orzekania.

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.

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 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
.....

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH ZWIĄZANYCH Z REALIZACJĄ WNIOSKU

Dane osobowe przekazane przez Wnioskodawcę do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Żywcu (administratora danych) będą przetwarzane w celu realizacji wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. Wnioskodawca posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku.

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie: (właściwe zaznaczyć)

- moich danych osobowych
- moich danych osobowych oraz mojego podopiecznego
(imię i nazwisko podopiecznego)

przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Żywcu przy ul. Ks. Pr. St. Słonki 24 (administrator danych) w celach związanych z realizacją wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135).

Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

.....
data i podpis Wnioskodawcy