

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

Znak sprawy ON.8321.2.....2022

(wypełnia urząd)

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

INFORMACJA DLA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O WYDANIE ORZECZENIA:

Do wniosku należy obowiązkowo dołączyć :

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane na potrzeby orzekania (oryginał).
2. Dokumentację medyczną (ułożoną chronologicznie od daty ostatniego orzeczenia), która potwierdza rozpoznanie choroby zasadniczej opisanej w zaświadczeniu o stanie zdrowia.
(oryginały lub kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez zakład opieki zdrowotnej).

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 należy go złożyć **nie wcześniej niż 30 dni** przed utratą ważności aktualnej decyzji);
- po raz kolejny i w związku ze zmianą stanu zdrowia (osoba zainteresowana posiada ważne orzeczenie o niepełnosprawności, ale chce uzyskać np. wyższy stopień lub kolejną przyczynę niepełnosprawności);
- w celu ponownego ustalenia prawa do karty parkingowej – dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, które na skutek zmiany przepisów nie uprawnia do wydania karty parkingowej.

Dane osoby orzekanej: imię i nazwisko

Data urodzenia Miejsce urodzenia

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

Adres zamieszkania

Adres do korespondencji (wypełnić jeśli jest inny niż podany powyżej)

Nr i seria dowodu osobistego / paszportu *

Nr telefonu (pole nieobowiązkowe, ale jego wypełnienie ułatwia kontakt z urzędem)

Dane przedstawiciela ustawowego - wypełnić tylko w przypadku składania wniosku dla małoletniego dziecka lub osoby częściowo / całkowicie ubezwłasnowolnionej (fakt ubezwłasnowolnienia należy potwierdzić postanowieniem sądu):

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

Adres do korespondencji

Nr i seria dowodu osobistego / paszportu * Nr telefonu

Zwracam się do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Nowej Soli
o wydanie orzeczenia dla celów (należy zaznaczyć znakiem „X” najważniejszy punkt lub punkty):

- | | |
|--|--|
| <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. Pouczony/a o treści *art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności (j.t. Dz. U. z 2021 r., poz. 510)*, zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że miejscem mojego pobytu stałego jest adres podany na odwrocie wniosku w rubryce: „Adres zamieszkania”.

.....
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 sytuacji, gdy rodzic biologiczny został ograniczony we władzy rodzicielskiej, to prawo do wystąpienia z wnioskiem o wydanie orzeczenia, a także reprezentowania dziecka podczas posiedzenia sądu orzekającego ma rodzic biologiczny.

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 administratorze. 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 JEDEN WYBRANY LEKARZ (opisując całościowo stan zdrowia)
ZAŚWIADCZENIE NALEŻY PRZEDŁOŻYĆ W CIĄGU 30 DNI OD DATY WYSTAWIENIA

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

.....
miejsowość i data (wypełnia lekarz)

Zaświadczenie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

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