

Dane przedstawiciela ustawowego - wypełnić tylko w przypadku składania wniosku dla dziecka, które nie osiągnęło pełnoletniości lub osoby częściowo / całkowicie ubezwłasnowolnionej.

(Реквізити законного представника – заповнювати лише у випадку, якщо заява подається на дитину, яка не досягла повноліття, або на частково/повністю недієздатну особу.)

Imię i nazwisko Nr PESEL _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /
(ім'я та прізвище) (PESEL №)

Adres do korespondencji
(Адреса для кореспонденції)

Nr i seria dokumentu tożsamości
(Ідентифікаційний номер та серія - паспорт або ідентифікаційна картка)

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:

(Звертаюся до Повітової групи з розгляду інвалідів у Новому Солі для винесення рішення для цілей - позначте найбільш важливий пункт або пункти «X»)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> odpowiedniego zatrudnienia;
(відповідне працевлаштування) | (подання заявки на отримання допомоги по догляду) |
| <input type="checkbox"/> uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej;
(участь у трудових семінарах) | <input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna świadczenia
pielęgniacyjnego;
(особа, яка здійснює догляд, отримує допомогу по догляду) |
| <input type="checkbox"/> konieczności zaopatrzenia w przedmioty
ortopedyczne i środki pomocnicze;
(необхідність постачання предметів ортопедичні та допоміжні) | <input type="checkbox"/> wydania karty parkingowej;
(видача паркувальних карток) |
| <input type="checkbox"/> ubiegania się o zasiłek pielęgnacyjny; | <input type="checkbox"/> korzystania z innych ulg i uprawnień
(використання інших знижок і прав) |

Dane z obszaru społeczno-zawodowego dotyczące osoby orzekanej:

(Дані з соціально-професійної сфери - щодо особи що звертається. необхідно заповнити польською мовою)

1. Stan cywilny 2. Wykształcenie
(Сімейний стан) (Освіта)

3. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania - właściwe zaznaczyć znakiem „X”:

(Здатність функціонувати незалежно - позначте відповідним знаком «X»)

- | | |
|---|--|
| - wykonywanie czynności samoobsługowych:
(діяльність з самообслуговування) | <input type="checkbox"/> samodzielnie / <input type="checkbox"/> z pomocą / <input type="checkbox"/> pod opieką
(самостійно) (за допомогою) (підключаються) |
| - prowadzenie gospodarstwa domowego
(ведення домашнього господарства) | <input type="checkbox"/> samodzielnie / <input type="checkbox"/> z pomocą / <input type="checkbox"/> pod opieką
(самостійно) (за допомогою) (підключаються) |
| - poruszanie się
(рухатися)
(підключаються) | <input type="checkbox"/> samodzielnie / <input type="checkbox"/> z pomocą / <input type="checkbox"/> pod opieką
(самостійно) (за допомогою) |

4. Aktualnie wykonuję pracę zarobkową: TAK NIE
(Зараз я виконую оплачувану роботу) (Так) (ні)

5. Zawód: wyuczony, wykonywany.....
(Освіта) (теперішнє працевлаштування)

Oświadczenia (Заяви):

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.
(Я заявляю, що дані, що містяться в заяві, відповідають фактам на дату подання заяви, і мені відомо, що існує кримінальна відповідальність за оголошення неправди або приховування правди.)
2. Ponadto oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych i możliwości ich poprawiania.
(Крім того, я заявляю, що мені повідомлено про право доступу до моїх персональних даних і можливість їх виправлення)
3. Oświadczam, że miejscem mojego pobytu stałego jest adres podany we wniosku, w rubryce: „Adres zamieszkania”.
(Заявляю, що місцем мого постійного проживання є адреса, зазначена в заяві, в полі: «Адреса проживання».)

.....
podpis wnioskodawcy * (підпис заявника)

* - podpis osoby orzekanej lub, jeżeli nie posiada ona zdolności do czynności prawnych, jej przedstawiciela ustawowego. (підпис особи що звертається або, якщо вона не дієздатна, її законного представника)
W przypadku osób częściowo lub całkowicie ubezwłasnowolnionych należy dołączyć oryginał lub uwierzytelnioną kopię decyzji sądowej w tej sprawie.
(У разі обмежено або повністю недієздатних осіб долучається оригінал або засвідчена копія рішення суду у цій справі.)
Uwaga! Wniosek osoby częściowo ubezwłasnowolnionej podpisują wspólnie: osoba zainteresowana oraz jej opiekun prawny.
(Увага! Заява недієздатної особи підписується спільно: заінтересованою особою та її законним опікуном.)

У випадку людей, які мають проблеми зі зв'язком з офісом, можна призначити представника, якому команда спрямовуватиме всю кореспонденцію щодо заявки. З цією метою особа, яка засуджена, повинна заповнити та підписати цей дозвіл.

Ja, niżej podpisany/a, upoważniam Pana/ią

(Я, нижчепідписаний, уповноважую вас)

Nr PESEL do odbierania od powiatowego zespołu wszelkiej korespondencji w mojej sprawie i proszę o kierowanie jej na niżej wymieniony adres:

(забрати з повітової групи всієї кореспонденції щодо моєї справи та надішліть її за адресою, вказаною нижче)

Nr telefonu kontaktowego

(Контактний номер телефону)

.....
Podpis osoby udzielającej pełnomocnictwa (Підпис особи, яка видає довіреність)

KLAUZULA INFORMACYJNA:

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/>

(ІНФОРМАЦІЙНЕ ПОЛОЖЕННЯ):

Адміністратором персональних даних є повітова група з розгляду інвалідності, яку представляє голова групи. Персональні дані обробляються лише з метою виконання юридичних обов'язків, покладених на адміністратора. Інша інформація про правила обробки персональних даних та права суб'єктів даних доступна в Інформаційному застереженні про обробку персональних даних, розміщеному на веб-сайті «Вісника публічної інформації Новосольського повіту» за адресою: <https://bip.powiat-nowosolski.pl/procedury/12/wydzial/4/>

Zaświadczenie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
(Сертифікат здоров'я видана на потреби повітової групи з розгляду інвалідності)

ЗАПОВНЮЄ ОДИН ОБРАНИЙ ЛІКАР (з описом стану здоров'я). СЕРТИФІКАТ ПОВИНЕН НАДАТИ ПРОТЯГОМ 30 ДНІВ З ВИДАЧИ.

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

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

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