

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (dla osób, które ukończyły 16 rok życia)

Nr sprawy : (Wypełnia pracownik Zespołu)

**PROSIMY O CZYTELNE I KOMPLETNE WYPEŁNIENIE WNIOSKU.
WNIOSEK NIECZYTELNY I NIEKOMPLETNY NIE BĘDZIE ROZPATRYWANY!**

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia

Adres zameldowania

Adres pobytu (do korespondencji)

Nr i seria dowodu osobistego/legitymacji.....PESEL

Nr telefonu.....

W przypadku gdy osoba nie ukończyła 18 roku życia prosimy o wpisanie poniżej danych dotyczących rodzica/opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Nr i seria dowodu osobistego/legitymacji.....PESEL

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
89-100 Nakło nad Notecią, ul. gen. H. Dąbrowskiego 46**

I. Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów:

(zaznaczyć znakiem „X” właściwe pola):

- Odpowiedniego zatrudnienia,
- Szkolenia,
- Uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
- Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacji pozarządowych oraz innych placówek),
- Korzystania z karty parkingowej,
- Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej,
- Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
- Uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
- Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju (dotyczy osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich oraz osób, których niepełnosprawność wymaga zamieszkania w oddzielnym pokoju),
- Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
- Inne : jakie ?

Najważniejszy cel złożenia wniosku proszę podkreślić!

II. Uzasadnienie wniosku:

1. Sytuacja społeczna:

Stan cywilny

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania (zaznaczyć znakiem „X” właściwe pola):

wykonywanie czynności samoobsługowych:	<input type="checkbox"/> samodzielnie	<input type="checkbox"/> z pomocą	<input type="checkbox"/> opieka
poruszanie się w środowisku:	<input type="checkbox"/> samodzielnie	<input type="checkbox"/> z pomocą	<input type="checkbox"/> opieka
prowadzenie gospodarstwa domowego:	<input type="checkbox"/> samodzielnie	<input type="checkbox"/> z pomocą	<input type="checkbox"/> opieka

2. Sytuacja zawodowa :

Wykształcenie.....

Zawód wyuczony..... Zawód wykonywany.....

Obecne zatrudnienie/szkoła.....

III. Oświadczam, że:

1. **Pobieram/nie pobieram*** świadczenie z ubezpieczenia społecznego (*renta z ZUS, KRUS, MON, MSWiA lub innego organu orzeczniczego*):

JakieOd kiedy.....

2. **Składałem /nie składałem*** uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności :

Kiedy..... Z jakim skutkiem.....

Posiadam orzeczenie ważne na okres stały / do dnia

3. **Mogę/nie mogę*** samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego (*Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby*).

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. **Zobowiązuję się** do informowania Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności (zgodnie z art. 41 k.p.a.) o zmianie adres lub miejsca pobytu.

6. Wniosek niniejszy składam z powodu: **przedłużenia poprzedniego orzeczenia / zmiany stanu zdrowia.***

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....
podpis osoby zainteresowanej**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu orzeczniczego zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tzw. RODO).

OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z KARTĄ INFORMACYJNĄ

Oświadczam, że w toczącej się sprawie przekazano mi kartę informacyjną/poinformowano o możliwości zapoznania się z kartą informacyjną na stronie www.powiat-nakielski.pl w zakładce BIP - dane osobowe PZON, o moich prawach, wynikających z ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

.....
podpis osoby zainteresowanej**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci nr telefonu i/lub adresu e-mail wpisanego we wniosku w celu przekazania informacji dotyczącej postępowania orzeczniczego.

.....
podpis osoby zainteresowanej**

UWAGA : Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności należy złożyć:

1. Oryginał wniosku i informacji o zakresie opieki (**dokładnie wypełnić każdą rubrykę**),
2. Oryginał zaświadczenia lekarskiego (**ważne 30 dni od daty wystawienia przez lekarza**),
3. **Kserokopie wszelkiej dokumentacji mogącej mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności potwierdzone za zgodność przez organ wydający dany dokument** np.: karty informacyjne ze szpitala, historia choroby, badania dodatkowe, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie (w przypadku ich braku wnioskodawca zobowiązany jest zostawić oryginały dokumentacji),
4. Kserokopie poprzednich orzeczeń (jeśli były).

* niepotrzebne skreślić

** w przypadku osób między 16 a 18 rokiem życia, wymagany jest podpis rodzica lub opiekuna prawnego osoby zainteresowanej