POWIATOWY ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W MALBORKU
82-200 Malbork, ul. Armii Krajowej 70, tel. 0 55 247 26 96; fax: 55 272 80 80
e-mail orzecznictwo1@poczta.onet.pl

Miejscowość i data ……...

Nr sprawy ……..

Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Imię/imiona i nazwisko ……

PESEL ……

Dokładny adres zameldowania ……

Dokładny adres aktualnego pobytu ……

Data i miejsce urodzenia ……

Seria i nr dowodu osobistego /paszportu, prawa jazdy/ ……

Numer telefonu kontaktowego ……

Imię/imiona i nazwisko opiekuna prawnego ……

/dotyczy wniosku składanego dla osoby pomiędzy 16 a 18 rokiem życia i osoby ubezwłasnowolnionej/

Seria i nr dowodu osobistego /paszportu, prawa jazdy/ ……
/wnioskodawcy lub opiekuna prawnego dla osoby pomiędzy 16 a 18 rokiem życia i osoby ubezwłasnowolnionej/

Dokładny adres zamieszkania opiekuna prawnego ……

PESEL opiekuna prawnego ……

I. Cel złożenia wniosku /odpowiednie zakreślić krzyżykiem/**:**

☐ odpowiedniego zatrudnienia

☐ szkolenia

☐ uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej

☐ konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

☐ korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji

☐ korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej

☐ uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego

☐ korzystanie z karty parkingowej

☐ inne /jakie?/ ……

II. Uzasadnienie wniosku /odpowiednie zakreślić krzyżykiem/**:**

1. Stan cywilny:

☐ kawaler/panna ☐ żonaty/zamężna ☐ wdowiec/wdowa ☐ rozwiedziony/rozwiedziona ☐ separacja

2. Wykonywanie czynności samoobsługowych:

☐ samodzielnie ☐ z pomocą ☐ opieka

3. Poruszanie się w środowisku:

☐ samodzielnie ☐ z pomocą ☐ opieka

4. Prowadzenie gospodarstwa domowego:

☐ samodzielnie ☐ z pomocą ☐ opieka

III. Sytuacja zawodowa:

1. Wykształcenie: ……

2. Zawód: ……..

3. Obecne zatrudnienie:

a/ miejsce pracy: …….

b/ od kiedy: ……

c/ wykonywany zawód: ……...

IV. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że **pobieram/nie pobieram*** świadczenia rentowe. Jeżeli tak, to **proszę załączyć kopię aktualnego orzeczenia ZUS, KRUS, KIZ.**

2.Oświadczam, że **nie posiadam orzeczenia o stopniu niepełnosprawności / posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności*** . Jeżeli tak, to **proszę załączyć kopię orzeczenia.**

3. Oświadczam, że aktualnie **nie toczy się/toczy się*** w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym. Jeżeli tak, to proszę podać jakim: ……..

**niepotrzebne skreślić*

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNER ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB JEJ ZATAJENIE.

…….

podpis wnioskodawcy lub opiekuna prawnego

DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:

1. Ważne *Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wnioskodawcy wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o niepełnosprawności w Malborku* /oryginał/.

2. Kserokopie dokumentacji medycznej potwierdzoną za zgodność z oryginałem potwierdzające chorobę zasadniczą, a w przypadku posiadania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności kserokopie dokumentacji medycznej potwierdzone za zgodność z oryginałem od dnia wydania ostatniego orzeczenia /*historia choroby, karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych, konsultacje specjalistyczne itp.*/.

3. Oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych.

4. Oświadczenie o miejscu pobyty stałego.

5. W przypadku posiadania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub niepełnosprawności kserokopię tego orzeczenia.

W PRYZPADKU POSIADANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆI LUB NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI *WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI* MOŻNA ZŁOŻYĆ NIE WCZEŚNIEJ NIŻ 30 DNI PRZED UPŁYWEM TERMINU WAŻNOŚCI ORZECZENIA.

W PRZYPADKU POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA POŚWIADCZONEGO PRZEZ LEKARZA W *ZAŚWIADCZENIU LEKARSKIM O STANIE ZDROWIA WNIOSKODAWCY WYDANYM DLA POTRZEB POWIATOWEGO ZESPOŁU DS. ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W MALBORKU* POWYŻSZY TERMIN SKŁADANIA WNIOSKU NIE OBOWIĄZUJE.

POWIATOWY ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W MALBORKU
82-200 Malbork, ul. Armii Krajowej 70, tel. 0 55 247 26 96; fax: 55 272 80 80
e-mail orzecznictwo1@poczta.onet.pl

……
pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

……
miejscowość i data
/zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia/

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb
Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Malborku

Imię i nazwisko ……
Data urodzenia …….
Adres zamieszkania …….
Nr i seria dowodu osobistego/paszportu/prawa jazdy …….
Nr PESEL …….

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej **(wpisać w j. polskim)**:
……...
……...
……...
……...
……...
……...

2. Przebieg schorzenia podstawowego, początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji), stopień uszkodzenia strukturalnego, funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby:
……...
……...
……...
……...
……...

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:
……...
……...
……...
……...
……...

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:
……...
……...
……...
……...

5. Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:
……...
……...
……...
……...

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:
……...
……...

7. Wykaz dokonanych bada ń dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu):
……...
……...

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:
……...
……...

9. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (podać datę): ……

10. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (podać datę): ……

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji pacjenta: **Tak/Nie***

W/w Pan/i **wymaga/nie wymaga*** opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w Pan/i jest trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu ds. orzekania o stopniu niepełnosprawności: **Tak/Nie***

U w/w Pana/i **nastąpiła/ nie nastąpiła*** zmiana stanu zdrowia w okresie od dnia wydania ostatniego orzeczenia lub ważnego orzeczenia wydanego na trwałe.

* niepotrzebne skreślić

……
pieczątka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

Oświadczam, że:
przyjmuję do wiadomości informację, iż z uwagi na obowiązek stosowania od dnia 25 maja 2018 r. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1) (dalej: Rozporządzenie RODO), aktualne będą poniższe zasady związane z przetwarzaniem udostępnionych przeze mnie moich danych osobowych:
I. Administratorem danych jest **Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Malborku przy ul. Armia Krajowej 70, 82-200 Malbork**

II. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych jest możliwy za pomocą poczty elektronicznej pod adresem – iod@mainsoft.pl,
III. W/w administrator danych osobowych, zgodnie z art. 6 Rozporządzenia RODO przetwarza dane osobowe w przypadku, gdy spełniony jest co najmniej jeden z poniższych warunków:

- osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów;
- przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;
- przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze;
- przetwarzanie jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby fizycznej;
- przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi;
- przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora lub przez stronę trzecią, z wyjątkiem sytuacji, w których nadrzędny charakter wobec tych interesów mają interesy lub podstawowe prawa i wolności osoby, której dane dotyczą, wymagające ochrony danych osobowych, w szczególności gdy osoba, której dane dotyczą, jest dzieckiem.

IV. Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zapisów ustaw:

Art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. Nr 123 poz. 776 z późn. zmianami)

V. W związku z przetwarzaniem udostępnionych przez Pana/Panią danych osobowych przysługuje Pani/Panu:

1. prawo dostępu do swoich danych, na podstawie art. 15 Rozporządzenia RODO;
2. prawo do sprostowania swoich danych, na podstawie art. 16 Rozporządzenia RODO;
3. prawo do usunięcia swoich danych, na podstawie art. 17 Rozporządzenia RODO;
4. prawo do ograniczenia przetwarzania swoich danych, na podstawie art. 18 Rozporządzenia RODO;

5. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych na podstawie art. 21 Rozporządzenia RODO;
6. prawo do przenoszenia swoich danych, na podstawie art. 20 Rozporządzenia RODO.

VI. Dane osobowe mogą być przekazywane:

- upoważnionym z mocy prawa podmiotom;
- dostawcom systemów IT, z którymi współpracuje Administrator, w celu utrzymania ciągłości oraz poprawności działania systemów;
- podmiotom prowadzącym działalność pocztową lub kurierską, w celu dostarczenia korespondencji;
- podmiotom z którymi współpracuje Administrator w zakresie obsługi interesantów (m.in.: tłumacz przysięgły).

VII. W przypadkach, w których przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywa się na podstawie art.6 ust.1 lit. a Rozporządzenia RODO, tj. zgody na przetwarzanie danych osobowych przysługuje Pani/ Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie.

VIII. W przypadku uznania, że przetwarzanie przez w/w administratora Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

….....

Data . podpis

..... (imię i nazwisko wnioskodawcy)[1]

..... (miejscowość, data)

..... (nr PESEL)

OŚWIADCZENIE

o miejscu pobytu stałego

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. *o ewidencji ludności* (Dz. U. z 2017 r., poz. 657, z późn. zm.), zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że moim miejscem pobytu stałego/ miejscem pobytu stałego dziecka/ miejscem pobytu stałego osoby w imieniu której składam wniosek[2] jest:

……
(adres miejsca pobytu stałego)

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz. U. z 2017 r. poz. 2204 z późn. zm.) - *kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8* potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

..... (podpis)

[1] Osoba, której dotyczy wniosek o wydanie orzeczenia.

[2] Niepotrzebne skreślić.