

**Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o stopniu
niepełnosprawności**

pierwszorazowy/kolejny/w związku ze zmianą stanu zdrowia*

Imię i nazwisko.....
Data i miejsce urodzenia.....
Rodzaj dokumentu tożsamości.....
Seria i numer dokumentu tożsamości.....
PESEL.....
Adres zameldowania.....
Adres zamieszkania/korespondencyjny.....
(podać jeśli jest inny niż adres zameldowania)
Nr telefonu.....
Adres e-mail.....

Wypełnić w przypadku osób do 18 roku życia lub osób ubezwłasnowolnionych

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego.....
Data i miejsce urodzenia.....
Rodzaj dokumentu tożsamości.....
Seria i numer dokumentu tożsamości.....
PESEL.....
Adres zameldowania/zamieszkania.....
Nr telefonu.....
Adres e-mail.....

***Do Powiatowego Zespołu ds.
Orzekania o Niepełnosprawności***

34-400 Nowy Targ ul. Jana Kazimierza 20

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

- odpowiedniego zatrudnienia
- szkolenia
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze jakie?
- karta parkingowa
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
- korzystania ze świadczeń z pomocy społecznej
- zasiłek pielęgnacyjny
- uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów jakich?
.....

Uzasadnienie wniosku:

1. sytuacja społeczna: stan cywilny....., stan rodzinny (liczba dzieci).....
zdolność do samodzielnego funkcjonowania:
- | | samodzielnie | z pomocą | opieka |
|---|--------------|----------|--------|
| – wykonywanie czynności samoobsługowych | x | x | x |
| – prowadzenie gospodarstwa domowego | x | x | x |
| – poruszanie się w środowisku | x | x | x |
2. sytuacja zawodowa: wykształcenie.....
zawód wyuczony.....
zawód wykonywany.....
miejsce zatrudnienia.....

Oświadczam, że:

1. pobieram świadczenie/nie pobieram* z ubezpieczenia społecznego: jakie.....
od kiedy.....
2. aktualnie toczy się/nie toczy się* w mojej sprawie postępowanie innym organem orzeczniczym, podać jakim
.....
3. składałem /nie składałem* uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności, jeśli tak, to kiedy
.....
z jakim skutkiem.....
4. mogę/nie mogę* samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego. Jeśli nie, to należy załączyć zaświadczenie
lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy
choroby.
5. 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.
6. Zobowiązuję się do informowania Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Nowym Targu (zgodnie z
art. 41 KPA) o zmianie adresu lub miejsca pobytu.

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

Do wniosku należy dołączyć:

- 1) zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności
- 2) kserokopię dokumentacji medycznej leczenia **poświadczoną za zgodność z oryginałem** tj. karty informacyjne, kartoteki, wyniki badań, konsultacji itp.
- 3) kserokopię orzeczeń zespołu orzekającego, ZUS, KIZ, KRUS, MON, MSWiA, Wyroki Sądu **poświadczoną za zgodność z oryginałem**

.....
podpis osoby zainteresowanej lub
jej przedstawiciela ustawowego

Dotyczy wniosków składanych za pośrednictwem Instytucji Pomocy Społecznej

Wyrażam zgodę na złożenie wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności przez.....

.....
podpis pracownika socjalnego

.....
podpis osoby zainteresowanej

*niepotrzebne skreślić

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Klauzula informacyjna administratora danych osobowych

Zgodnie z art.13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 (UE) 2016/679 dalej zwanej RODO informujemy:

1. Administratorem Pani/ Pana danych osobowych w rozumieniu art. 4 pkt. 7 RODO jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Nowym Targu przy ul. Jana Kazimierza 20, 34-400 Nowy Targ, reprezentowany przez Przewodniczącego Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Nowym targu.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować za pomocą poczty elektronicznej iod@nowotarski.org.pl
3. Podanie przez Panią/ Pana danych osobowych wynika z przepisów prawa i jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze art. 6 ust 1 lit. C RODO
4. Na zasadach określonych w RODO posiada Pani/ Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych i prawo wniesienia sprzeciwu, prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Pełna treść klauzuli informacyjnej zamieszczona jest na stronie internetowej Powiatowego Centrum pomocy Rodzinie pod adresem <https://pcpr.nowotarski.org.pl>, oraz w siedzibie placówki na tablicy ogłoszeń.