

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

Miejscowość .....

Nr sprawy: .....

Data .....

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Nr i seria dowodu osobistego (paszportu) .....

PESEL .....

Adres stałego zameldowania.....

Adres pobytu.....

Adres do korespondencji .....

Nr telefonu .....

Imię i nazwisko opiekuna prawnego (w przypadku osób poniżej 18 r.ż oraz osób ubezwłasnowolnionych).....

PESEL opiekuna prawnego .....

Rodzaj, seria i numer dowodu tożsamości opiekuna prawnego.....

Adres opiekuna prawnego.....

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania  
o Niepełnosprawności w Strzyżowie**

ul. Parkowa 7

38-100 S T R Z Y Ź Ó W

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

- odpowiedniego zatrudnienia,
- szkolenia,
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,
- korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym (Dz.U. z 2020 r. poz. 110 tj.),
- korzystania ze świadczeń pomocy społecznej,
- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
- uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
- korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów(wymienić jakich).....

Cel podstawowy .....

**Uzasadnienie wniosku:**

1. sytuacja społeczna: stan cywilny .....stan rodzinny.....  
zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

	samodzielnie	z pomocą	opieka
1) wykonywanie czynności samoobsługowych	x	x	x
2) prowadzenie gospodarstwa domowego	x	x	x
3) poruszanie się w środowisku	x	x	x

2. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego  
niezbędne      wskazane      zbędne  
                  x                    x                    x

3. sytuacja zawodowa: wykształcenie .....  
zawód .....  
obecne zatrudnienie: .....

**Oświadczam że:**

1. pobieram świadczenie \*(nie pobieram\*) z ubezpieczenia społecznego:  
jakie .....  
od kiedy .....
2. aktualnie toczy się\* (nie toczy się\*) w mojej sprawie postępowanie przed innym organem  
orzecznym, podać jakim .....
3. składałem\* (nie składałem\*) uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:  
jeżeli tak, to kiedy .....,  
z jakim skutkiem .....
- czy wnoszono odwołanie od ostatnio wydanego orzeczenia tak/nie  
z jakim skutkiem .....
4. 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).
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.

**Aktualny wniosek dotyczy zmiany stanu zdrowia w stosunku do posiadanego  
prawomocnego orzeczenia TAK/NIE.**

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

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia składane wraz z wnioskiem jest ważne przez 30  
dni od daty wypełnienia przez lekarza!**

Do wniosku należy dołączyć **kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałami**  
dokumentacji medycznej( kartoteki, karty szpitalne, wyniki istotnych badań itp.) lub kserokopie i  
oryginały do wglądu celem potwierdzenia za zgodność.

W przypadku osób ubezwłasnowolnionych należy dołączyć postanowienie sądu o ustanowieniu  
opiekuna prawnego.

\* niepotrzebne skreślić

**Do wniosku należy dołączyć kserokopie konsultacji lekarzy specjalistów w leczeniu których  
pozostaje wnioskodawca oraz (w przypadku składania o ponowne ustalenie stopnia  
niepełnosprawności) poprzednie orzeczenie o stopniu niepełnosprawności a przypadku osób  
uczących się – opinię wychowawcy klasy na temat funkcjonowania w szkole.**

**KLAUZULA INFORMACYJNA**  
**OBOWIĄZUJĄCA W POWIATOWYM CENTRUM POMOCY RODZINIE W STRYZŹOWIE**  
**POWIATOWYM ZESPOLE DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W STRYZŹOWIE**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia 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 (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.5.2016r.), informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Strzyżowie - Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Strzyżowie, mające swoją siedzibę przy ul. Parkowa 7, 38-100 Strzyżów (Nr telefonu kontaktowego - tel. (17) 221 14 53 lub (17) 221 14 54, fax. (17) 2761 041, adres poczty elektronicznej email: pcpr@strzyzow.un.pl. Inspektor Ochrony Danych - iod@pcprstrzyzow.pl);
2. Pozyskane dane osobowe przetwarzane będą na podstawie przepisów prawa wynikającego z art. 6 ust.1 lit c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO – (tj. wydawania orzeczeń o stopniu niepełnosprawności - na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz przepisów wykonawczych do ww. ustawy);
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (tj. realizacji zadań wynikających z zakresu działalności instytucji);
4. Podanie danych osobowych do spełnienia w/w celu jest wymagane, ponieważ wynika z przepisów prawa, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wszczęcia postępowania administracyjnego i realizacji ustawowych zadań ciążących na administratorze;
5. Pani/Pana dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, wynikające z przepisów prawa zawartych w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt obowiązującym w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Strzyżowie, przez okres wymagany w związku z kategorią archiwalną. Ponadto okres przechowywania może się wydłużyć np. z uwagi na sytuację dochodzenia roszczeń;
6. Administrator może przekazać Pani/Pana dane innym odbiorcom. Odbiorcą danych mogą być podmioty uzyskujące dostęp do Pani/Pana danych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa;
7. Administrator nie przekazuje Pani/Pana danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych w rozumieniu RODO;
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, przenoszenia i usunięcia, a także prawo do ograniczenia przetwarzania danych lub do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, jeżeli nie jest to ograniczone poprzez inne przepisy prawne;
9. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj. *Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych*), gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r;
10. W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

**Podanie przez Panią/Pana swoich danych osobowych jest dobrowolne, jednakże w przypadku nie udzielenia zgody na ich przetwarzanie nie będzie mogła/mógł Pani/Pan realizować swoich praw wynikających z trybu postępowania przy wydawaniu orzeczeń o stopniu niepełnosprawności.**

**Oświadczam, że zrozumiałem wszystkie informacje wyżej podane i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w treści niniejszego wniosku oraz w zakresie niezbędnych potrzeb wynikających z trybu postępowania przy wydawaniu orzeczeń o stopniu niepełnosprawności.**

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



Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość .....  
Data .....

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia**  
wydane dla potrzeb  
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko .....  
Data i miejsce urodzenia.....  
Adres zamieszkania .....  
Nr i seria dowodu osobistego (paszportu) .....  
PESEL .....

**1. Rozpoznanie choroby zasadniczej** .....  
.....  
.....  
.....

**2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium**.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:** .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja**.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie .....

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych (w załączeniu).....

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia .....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta? Tak / Nie\*

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (rok) .....

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (rok) .....

W/w Pan(i) wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji. Tak/Nie\*

.....  
Pieczętka i podpis lekarza  
wydającego zaświadczenie

**UWAGA!**

**Wypełnić w przypadku niemożności wzięcia udziału w posiedzeniu składu orzekającego:**

W/w Pan(i) jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności z powodu:

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Pieczętka i podpis lekarza  
wydającego zaświadczenie

\*niepotrzebne skreślić