

WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI



*Powiatowy Zespół do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności
w Bytomiu, ul. Piłsudskiego 67
Pokój nr 4
tel. 32 388 67 04
poniedziałek 8:30 – 16:30
wtorek – czwartek 8:00 - 14:00
przerwa 11:30 – 12:00*

W PIĄTKI STRON NIE PRZYJMUJEMY

WNIOSKUJĘ O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

☐ Po raz pierwszy ☐ Z powodu zmiany stanu zdrowia ☐ Ponowne wydanie orzeczenia

WAŻNE: Wniosek należy złożyć **nie wcześniej niż 30 dni** przed upływem ważności posiadanego orzeczenia, dołączając kserokopię poprzedniego orzeczenia.

Nazwisko i imię

Data urodzenia miejsce urodzenia

Seria i nr dokumentu tożsamości

☐ dowód osobisty ☐ paszport ☐ legitymacja szkolna

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ADRES ZAMELDOWANIA

kod i miejscowość

ulica, nr domu i lokalu

tel.

ADRES POBYTU

kod i miejscowość

ulica, nr domu i lokalu

ADRES DO KORESPONDENCJI

kod i miejscowość

ulica, nr domu i lokalu

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (dotyczy osób od 16 do 18 roku życia lub sądownie ubezwłasnowolnionych)

Nazwisko i imię

Data urodzenia miejsce urodzenia

Seria i nr dokumentu tożsamości

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ADRES PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

kod i miejscowość

ulica, nr domu i lokalu tel.

Cel wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności:

☐	odpowiednie zatrudnienie,
☐	szkolenie,
☐	uczestnictwo w terapii zajęciowej,
☐	konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
☐	korzystanie z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych),
☐	korzystanie z karty parkingowej,
☐	korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej – zasiłek stały,
☐	zasiłek pielęgnacyjny,
☐	uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
☐	prawo do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
☐	inne, jakie?

Cel podstawowy:

(jeden z wyżej wymienionych)

Dane dotyczące sytuacji społecznej i zawodowej:

1. Stan cywilny:

☐ panna/kawaler ☐ mężatka/żonaty ☐ wdowa/wdowiec ☐ rozwiedziony/a ☐ separacja

2. Wykonywanie czynności samoobsługowych:

	samodzielnie	z pomocą	opieka
a) wykonywanie czynności samoobsługowych	☐	☐	☐
b) poruszanie się w środowisku	☐	☐	☐
c) prowadzenie gospodarstwa domowego	☐	☐	☐

3. Sytuacja zawodowa: wykształcenie, zawód wyuczony

☐ zatrudniony/a zawód wykonywany
Oświadczam, że:
1. ☐ pobieram świadczenia ☐ nie pobieram świadczeń z ubezpieczenia społecznego:

☐	renta szkoleniowa
☐	renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy
☐	renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy
☐	renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i do samodzielnej egzystencji
☐	renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy
☐	renta rolnicza szkoleniowa
☐	wojskowa renta inwalidzka
☐	policyjna renta inwalidzka
☐	renta inwalidzka z powodu inwalidztwa I gr
☐	renta inwalidzka z powodu inwalidztwa II gr
☐	renta inwalidzka z powodu inwalidztwa III gr

2. Aktualnie ☐ toczy się ☐ nie toczy się w moje sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem (ZUS, WZON, Sąd Pracy itp.).
3. ☐ **Składano** ☐ **nie składano** wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności
- kiedy? (rok) z jaki skutkiem? ☐ lekki ☐ umiarkowany ☐ znaczny
4. ☐ **Mogę** ☐ **nie mogę** przybyć na posiedzenie składu orzekającego.
Jeśli nie, to należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność przybycia na komisję.
5. W razie stwierdzenia konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia, wydane przez lekarza niebędącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
6. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów związanych z postępowaniem o wydanie orzeczenia.
8. Zobowiązuję się powiadomić Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności o każdej zmianie mojego adresu do momentu zakończenia postępowania (podstawa prawna: art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego).

DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:

- Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wypełnione przez lekarza prowadzącego,
- Kserokopię poprzedniego orzeczenia,
- Kserokopie kart informacyjnych leczenia szpitalnego,
- Kartoteki z przychodni prowadzących – kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem,
- Inne dokumenty mające wpływ na wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności,
- Dowód osobisty (do wglądu).

Dodatkowe informacje można uzyskać pod numerami tel. 32 388 67 04 ; 32 388 67 05 ; 32 388 67 10
lub na stronie internetowej www.mopr.bytom.pl

.....
podpis wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego

Klauzula informacyjna

Realizując obowiązek wynikający z art. 13 ust.1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (dalej: RODO), informujemy, iż:

- 1) Administratorem danych osobowych zbieranych i przetwarzanych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Bytomiu z siedzibą w Bytomiu, reprezentowany przez Przewodniczącego Powiatowego Zespołu.
- 2) Odbiorcą Pani/Pana danych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Bytomiu, adres e-mail: pzon@mopr.bytom.pl tel.: 32/388-67-04, 388-67-05, 388-67-06, 388-67-10; fax: 32/281-80-93.
- 3) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia postępowania w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności/ stopniu niepełnosprawności/ o wskazaniach do ulg i uprawnień/ legitymacji osoby niepełnosprawnej/ karty parkingowej osoby niepełnosprawnej/ karty parkingowej dla placówek zajmujących się opieką, rehabilitacją lub edukacją osób niepełnosprawnych mających znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się*, na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2023 r. poz. 100; zwanej dalej ustawą o rehabilitacji).
- 4) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Bytomiu mogą być udostępniane innym organom państwowym i samorządowym (takim jak: sąd, policja, organy innej gminy) tylko i wyłącznie wtedy, gdy istnieje ku temu podstawa prawna wyrażona ustawą lub innym aktem prawnym, np. umową o powierzeniu przetwarzania danych.
- 5) Administrator danych nie przewiduje przekazywania Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej, chyba że będzie tego wymagało wypełnienie obowiązujących przepisów prawa w związku z zaistniałym wydarzeniem nadzwyczajnym.
- 6) Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny i określony przez rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych, (Dz. U. z 2011 roku, nr 14, poz. 67), licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.
- 7) Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Bytomiu na żadnym etapie przetwarzania danych osobowych nie stosuje profilowania i przetwarzania zautomatyzowanego.
- 8) Przez cały okres przetwarzania Pani/Pana danych osobowych przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Bytomiu w dowolnym momencie przysługuje Pani/Pana prawo do:
 - dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia,
 - żądania zaprzestania przetwarzania danych, ograniczenia ich przetwarzania, a także możliwość wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych,
 - przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (Biuro Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel. 22 531 03 00, fax. 22 531 03 01, kancelaria@giodo.gov.pl),
- 9) Biuro Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych rozpatruje skargi, które spełniają wymogi określone w art. 63 § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. kodeks postępowania administracyjnego (Tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r., poz. 775 ze zm.), Elektroniczna Skrzynka Podawcza (ESP) jest środkiem komunikacji elektronicznej służącym do składania podań, wniosków i skarg do Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych w formie elektronicznej.
- 10) Podanie danych jest dobrowolne, jednakże jest niezbędnym warunkiem rozpatrzenia wniosku przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Bytomiu. Niewyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja niżej podpisana/podpisany wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celu rozpatrzenia wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności/ stopniu niepełnosprawności/ o wskazaniach do ulg i uprawnień/ legitymacji osoby niepełnosprawnej/ karty parkingowej osoby niepełnosprawnej/ karty parkingowej dla placówek zajmujących się opieką, rehabilitacją lub edukacją osób niepełnosprawnych mających znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się*, w tym także numeru telefonu i adresu poczty e-mailowej.

* właściwe zaznaczyć

.....
Data i czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę

Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania Niepełnosprawności w Bytomiu

Opis sytuacji społecznej osoby zainteresowanej wydaniem orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

....., dnia __ - ____ r.

Uwaga: Należy wypełniać czytelnie pismem maszynowym lub odręcznie - drukowanymi literami

1. DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ				
1.1	Nazwisko	1.2	Imię	
1.3	Adres miejsca zameldowania			
	Miejscowość	Ulica	Nr domu i lokalu	
2. SYTUACJA RODZINNA				
2.1	Stan cywilny:			
2.2	Sytuacja rodzinna			
	Liczba dzieci i ich wiek	Osoby wspólnie zamieszkujące		
	Wydolność opiekuncza rodziny, osób bliskich (należy opisać stan obecny i możliwości sprawowania opieki nad osobą zainteresowaną wydaniem orzeczenia)			
	Możliwość zapewnienia pomocy przez osoby niespokrewnione			
3. SYTUACJA MATERIALNA				
3.1	Źródło utrzymania osoby badanej: ☐ renta, emerytura i in. ☐ wynagrodzenie za pracę ☐ zasiłek ☐			
	Czy dochody wystarczają na zaspokojenie potrzeb podstawowych (utrzymanie mieszkania, wyżywienie, koszty leczenia, ubranie i inne)			
	Proszę wskazać ewentualne braki w tym zakresie			
	Staż pracy			
4. SYTUACJA MIESZKANIOWA				
4.1	Warunki mieszkaniowe			
	☐ dom ☐ mieszkanie ☐ wynajęty pokój ☐ pobyt w instytucjach zapewniających nocleg			
	☐ inne.....			
4.2	Stan techniczny mieszkania			
	☐ dobry ☐ wymaga napraw ☐ wymaga remontu ☐ nie nadaje się do dalszego zamieszkiwania			
4.3	Dostosowanie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności			
	Dostosowanie mieszkania do potrzeb wynikających z naruszonej sprawności organizmu osoby orzekanej ☐ TAK ☐ NIE			
	Udogodnienia ułatwiające funkcjonowanie w obrębie budynku mieszkalnego i mieszkania			
	☐ winda ☐ podjazdy ☐ schodolaz ☐ uchwyty, poręcze ☐ kabina prysznicowa ☐ krzeselko prysznicowe			
	☐ dostosowane sanitariaty ☐ wanna z podnośnikiem ☐ poszerzone drzwi ☐ zlikwidowane progi			
	☐ komputer ☐ dostęp do Internetu ☐ inne			
	Warunki utrudniające samodzielne funkcjonowanie w obrębie budynku i mieszkania:			
5. ZDOLNOŚĆ DO WYKONYWANIA CZYNNOŚCI W ZAKRESIE SAMOOBŚŁUGI				
5.1	Utrzymywanie ciała w czystości	samodzielnie	konieczna pomoc	całkowite uzależnienie od innych osób
	mycie przy umywalce lub miednicy, kąpiel w wannie (wejście i wyjście z wanny), branie prysznica, mycie włosów, czesanie się, toaleta jamy ustnej, obcinanie, paznokci, golenie się			
5.2	Załatwianie potrzeb fizjologicznych :	samodzielnie	konieczna pomoc	całkowite uzależnienie od innych osób
	kontrola / brak kontroli nad czynnościami wydalniczymi	☐	☐	☐
	dojście do toalety i powrót	☐	☐	☐
5.3	Ubieranie się i rozbieranie	samodzielnie	konieczna pomoc	całkowite uzależnienie od innych osób
	przygotowanie ubrań(np. wyjęcie z szafy) z uwzględnieniem warunków pogodowych, nałożenie ubrania, zapinanie guzików, zapinanie zamków, zakładanie i sznurowanie butów, zdjęcie ubrania			

5.4	Odżywianie	samodzielnie	konieczna pomoc	całkowite uzależnienie od innych osób
	sięganie po jedzenie	☐	☐	☐
	wkładanie pokarmu do ust	☐	☐	☐
	posługiwanie się sztućcami	☐	☐	☐
	spożywanie płynów	☐	☐	☐
	przyjmowanie leków	☐	☐	☐
6. ZDOLNOŚĆ DO PORUSZANIA SIĘ				
6.1	Sposób poruszania się ☐ samodzielnie bez oprzyrządowania ☐ przy pomocy jednej kuli ☐ na wózku inwalidzkim	☐ samodzielnie po zaprotezowaniu ☐ przy pomocy dwóch kul ☐ z przewodnikiem	☐ z łaską ☐ z balkonikiem ☐ brak możliwości	
6.2	Określenie samodzielności i zależności od innych w poruszaniu się	samodzielnie	konieczna pomoc	całkowite uzależnienie od innych osób
	wstawanie z łóżka i powrót do niego, siadanie chodzenie w obrębie mieszkania, chodzenie po schodach opuszczanie mieszkania i powrót do niego, korzystanie ze środków lokomocji, przemieszczanie się poza miejsce zamieszkania			
7. ŻYCIE DOMOWE				
7.1	Określenie samodzielności i zależności od innych w życiu domowym	samodzielnie	konieczna pomoc	całkowite uzależnienie od innych osób
	Sprzątanie, zmienianie pościeli, ogrzewanie mieszkania, pranie, prasowanie, gotowanie, zmywanie, reperacja garderoby, robienie gruntownych porządków, pozyskiwanie towarów i usług, planowanie budżetu domowego, dbanie o własność osobistą i bezpieczeństwo domowe, opieka nad innymi członkami rodziny			
8. KOMUNIKOWANIE SIĘ Z OTOCZENIEM				
8.1	Zdolność do samodzielnego komunikowania się	samodzielnie	konieczna pomoc	całkowite uzależnienie od innych osób
	zrozumienie języka otoczenia	☐	☐	☐
	umiejętność komunikacji nie werbalnej (mimika, gesty)	☐	☐	☐
	umiejętność komunikacji ustnej	☐	☐	☐
	umiejętność komunikacji pisemnej: pisanie i czytanie	☐	☐	☐
9. UCZESTNICTWO W ŻYCIU SPOŁECZNYM POPRZECZ PEŁNIENIE RÓL SPOŁECZNYCH				
9.1	Zdolność do uczestnictwa w życiu społecznym poprzez pełnienie ról społecznych	istnieje	ograniczona	brak umiejętności
	umiejętność nawiązywania i podtrzymywania kontaktu z członkami rodziny	☐	☐	☐
	umiejętność nawiązywania i podtrzymywania kontaktu z innymi osobami	☐	☐	☐
	zdolność do rozumienia norm i reguł życia społecznego oraz ich stosowanie	☐	☐	☐
	zdolność do pracy zarobkowej	☐	☐	☐
	edukacja na wyższym poziomie	☐	☐	☐

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

Czytelny podpis osoby wnioskującej (lub jej przedstawiciela ustawowego / pełnomocnika)