

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

Wniosek: pierwszorazowy, kontynuacja, zmiana stanu zdrowia*

Nr sprawy :

Środa Śl.

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Numer PESEL

Nr i seria dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.....

Numer telefonu

Dane przedstawiciela ustawowego osoby w wieku do 18 roku życia lub osoby ubezwłasnowolnionej:

Imię Nazwisko

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Nr i seria dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.....

Miejsce zamieszkania

Do Powiatowego Zespołu do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności
w Środzie Śl.

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

- szkolenia,
- odpowiedniego zatrudnienia,
- korzystania z rehabilitacji
- korzystania z systemu pomocy społecznej,
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,
- inne (jakie ?)

Uzasadnienie wniosku :

1. sytuacja społeczna :

stan cywilny

stan rodzinny

zdolność do samodzielnego funkcjonowania :

	samodzielnie	z pomocą
1/ wykonywanie czynności samoobsługowych	x	x
2/ prowadzenie gospodarstwa domowego	x	x
3/ poruszanie się w środowisku	x	x
2. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego	niezbędne x	wskazane x
		zbędne x

3. sytuacja zawodowa :
wykształcenie
zawód
obecne zatrudnienie
4. informacja o posiadaniu prawa jazdy lub pozwolenia na kierowanie tramwajem

Oświadczanie, 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
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 obłożnej i długotrwałej 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.

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

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

- niepotrzebne skreślić

Do wniosku należy dołączyć:

1. dokumentację medyczną np.: karty informacyjne leczenia szpitalnego, opinie lekarzy specjalistów, wyniki testów i badań specjalistycznych, opisy badań RTG, USG,
2. inne dokumenty potwierdzające niepełnosprawność np. kopie orzeczeń ZUS, KRUS, powiatowych lub wojewódzkich zespołów orzekających,

Prosimy o rzetelne wypełnienie załącznika !

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania lub pobytu

PESEL nr i seria dowodu tożsamości

Podstawowe problemy zdrowotne :

Stan cywilny, liczba i wiek dzieci

Wydolność opiekuńcza rodziny, osób bliskich (z kim mieszka, kto się opiekuje)

Sytuacja mieszkaniowa (właściwe podkreślić)

- dom jednorodzinny, dom wielorodzinny
- parter / piętro
- ogrzewanie : piecem, centralne ogrzewanie
- łazienka, wc (w mieszkaniu, na korytarzu, na zewnątrz budynku, brak)
- warunki **utrudniające** samodzielne funkcjonowanie w obrębie budynku mieszkalnego i mieszkania
- udogodnienia **ułatwiające** funkcjonowanie w obrębie budynku mieszkalnego i mieszkania
- dostosowanie mieszkania do potrzeb wynikających z naruszonej sprawności organizmu
- liczba osób wspólnie zamieszkałych
- posiadanie oddzielnego pokoju (tak / nie)

Źródła **utrzymania rodziny** (właściwe podkreślić) emerytura, renta, praca, praca dorywcza, pomoc rodziny, pomoc instytucji

Proszę zaznaczyć odpowiednim symbolem stopień samodzielności przy niżej wymienionych czynności w zakresie samoobsługi (**S** – wykonywanie czynności w pełni samodzielnie, **P** – konieczna pomoc częściowa lub okresowa ze strony innych osób, **U** – pełne uzależnienie od innych osób – konieczność całkowitej opieki):

- mycie przy umywalce lub miednicy
- kąpiel w wannie (wejście i wyjście z wanny)
- branie prysznic
- mycie włosów
- czesanie się
- toaleta jamy ustnej
- obcinanie paznokci

- golenie się
- dojście do toalety i powrót
- kontrola/brak kontroli nad czynnościami wydalniczymi
- przygotowanie ubrań (np. wyjęcie z szafy, ułożenie) z uwzględnieniem warunków pogodowych
- nałożenie ubrania
- zapinanie guzików
- zakładanie i sznurowanie butów
- zdjęcie ubrania
- sięganie po jedzenie
- wkładanie pokarmu do ust
- posługiwanie się sztucami
- przygotowanie posiłków
- przyjmowanie leków
- 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 miejscem zamieszkania
- sprzątanie
- robienie gruntowych porządków (mycie okien, zawieszanie zasłon, mycie podłóg)
- ogrzewanie mieszkania
- pranie
- prasowanie
- gotowanie
- zmywanie
- zmienianie pościeli
- robienie zakupów
- planowanie budżetu domowego
- reperacja garderoby
- dbanie o własność osobistą i bezpieczeństwo domowe

.....
 Podpis osoby składającej wniosek

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość

Data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
(Uwaga!. Zaświadczenie ważne jest 30 dni od daty wystawienia do dnia złożenia w Zespole).

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Numer PESEL

Nr i seria dowodu osobistego

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej
.....
.....
2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowanej choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium
.....
.....
3. Uszkodzenia innych narządów i układów, 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 , potwierdzających rozpoznanie stanowiących załącznik do niniejszego zaświadczenia
.....
.....

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

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

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? (rok)

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

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

W/w Pan/i jest trwale zdolny(a) / niezdolny(a)* do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności.

U w/w Pana/i nastąpiło / nie nastąpiło* istotne pogorszenie stanu zdrowia od czasu poprzedniego badania przez zespół

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

* niepotrzebne skreślić

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (w postaci: imię, nazwisko, numer i seria dowodu osobistego, adres zamieszkania, PESEL, data i miejsce urodzenia, informacje o stanie zdrowia i rodziny) oraz na administrowanie moimi danymi osobowymi zgodnie z *Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Europy - w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania Osób Niepełnosprawnych, ul. Kilińskiego 30b, 55-300 Środa Śląska, w celu realizacji zadań prowadzonych przez powiatowe zespoły.*

.....
podpis wnioskodawcy/lub opiekunów prawnych

Klauzula informacyjna

Zgodnie 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 (RODO), informujemy, iż:

- 1) administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Śląskiej, ul. Wrocławska 2, 55-300 Środa Śląska;
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem e-mail: rodo.hr.consulting@gmail.com lub adresem do korespondencji jest adres administratora.
- 3) celem przetwarzania danych jest realizacja obowiązków wynikających z przepisów prawa - art. 6 ust. 1 lit. c RODO,
- 4) dane udostępnione przez Państwa będą podlegały udostępnieniu podmiotom wykonującym na rzecz administratora zadań statutowych i mogą zostać udostępniane tylko organom upoważnionym na podstawie przepisów prawa;
- 5) administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów dotyczących archiwizacji;
- 7) przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Państwa danych osobowych oraz danych Państwa dzieci narusza przepisy 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 (RODO).
Organem nadzorczym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 8) Podanie przez Państwa danych osobowych jest wymogiem ustawowym.
- 9) dane udostępnione przez Państwa nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

.....
podpis wnioskodawcy/lub opiekunów prawnych