

**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 orzecznictwem, 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 o Niepełnosprawności w Środzie Śląskiej, ul. Kilińskiego 28, 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: [specrodo@wp.pl](mailto:specrodo@wp.pl) 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

