

Uwaga: Wniosek należy wypełniać literami drukowanymi

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

.....
miejscowość i data

Imię i nazwisko

PESEL											
Nr dowodu osobistego				X							X

Data urodzenia Miejsce urodzenia

Adres stałego zameldowania: miejscowość

kod pocztowy ulica nr domu i mieszkania

Adres pobytu (jeżeli inny niż powyżej)

Obywatelstwo Telefon

Dane przedstawiciela ustawowego (dotyczy osób w wieku 16-18 lat oraz ubezwłasnowolnionych)

Imię i nazwisko

PESEL Obywatelstwo

Adres zamieszkania (jeżeli inny niż wnioskodawcy)

**Do Powiatowego Zespołu
ds. Orzekania o Niepełnosprawności
w Powiecie Bielskim /ziemskim/
ul. Piastowska 40 Bielsko-Biała**

Zwracam się z prośbą o wydanie*:

- ☐ orzeczenia o stopniu niepełnosprawności po raz pierwszy,
☐ orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w celu kontynuacji posiadanego orzeczenia
wydanego na czas określony,
☐ ponowne orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w związku ze zmianą stanu zdrowia w
celu uzyskania nowego orzeczenia,

☐ ponowne orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w celu uzyskania uprawnień do karty parkingowej

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

- ☐ odpowiedniego zatrudnienia,
- ☐ szkolenia,
- ☐ uczestnictwa w terapii zajęciowej,
- ☐ konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- ☐ korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,
- ☐ uzyskania karty parkingowej,
- ☐ korzystania ze świadczeń pomocy społecznej,
- ☐ uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
- ☐ uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
- ☐ prawa do zamieszkania w oddzielnym pokoju,
- ☐ uzyskania przez opiekuna prawa do urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
- ☐ inne (podać jakie)

Cel podstawowy:
(jeden z wyżej wymienionych)

Uzasadnienie wniosku:

1. Sytuacja społeczna:

stan cywilny: panna / kawaler, zamężna / żonaty, wdowa / wdowiec, rozwiedziona / rozwiedziony, separacja*

2. Zdolność do samodzielnego egzystowania*

- wykonywanie czynności samoobsługowych ☐samodzielnie ☐z pomocą ☐opieka
- poruszanie się w środowisku ☐samodzielnie ☐z pomocą ☐opieka
- prowadzenie gospodarstwa domowego ☐samodzielnie ☐z pomocą ☐opieka

3. Sytuacja zawodowa:

Wykształcenie: mniej niż podstawowe / podstawowe / zasadnicze / średnie / wyższe*

Zawód wyuczony

Czy obecnie wykonuje pracę zarobkową TAK / NIE*

Zawód wykonywany obecnie

Oświadczam, że

1. Pobieram / nie pobieram* świadczenie rentowe / świadczenie emerytalne,

Nazwa tego świadczenia

2. Aktualnie nie toczy się / toczy się* w mojej sprawie postępowanie przez innym organem orzecznictwem, podać jakim:

.....

3. Nie składałem / składałem* uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, jeżeli tak, to kiedy, z jakim skutkiem:

Nr sprawy, data posiedzenia komisji,
stopień niepełnosprawności
orzeczenie ważne do

4. Mogę / nie mogę* samodzielnie / z opiekunem* przybyć na posiedzenie składu orzekającego. (Jeżeli nie, należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby).

5. Oświadczenie o miejscu pobytu stałego:

Pouczony/a o treści art. 25 ust.1 ustawy z dnia 24 września 2010r. o ewidencji ludności (Dz. U. z 2021r., poz. 510), zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że moim miejscem pobytu stałego jest

.....

6. Oświadczam, że przebywam poza miejscem stałego zamieszkania z powodu

.....

.....

(wypełniają tylko osoby, które na pierwszej stronie wniosku podały inny adres pobytu niż stałego zameldowania).

7. 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 wymogów ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. 2021 poz. 2345) - kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 ms do 8 lat potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania wniosku.

Zgodnie z § 6 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz.U. Nr 139, poz. 1328 z późn. zm.) do składanego wniosku należy dołączyć:

1. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności, które jest ważne 30 dni od daty wystawienia do dnia złożenia wniosku (§6 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności).
2. Karty informacyjne leczenia szpitalnego - kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem lub kopie i oryginały do wglądu.
3. Posiadane wyniki badań, takie jak m.in. opisy zdjęć RTG/ TK/ MRI, USG, EEG, EMG, EKG, ECHO serca, HbA1C, pole widzenia, ostrość wzroku lub inne w zależności od schorzeń.

4. Kartoteki – kopie potwierdzone za zgodność.
5. Opinię lub orzeczenie z poradni psychologiczno-pedagogicznej.
6. Opinię wychowawcy lub pedagoga.
7. W przypadku częściowego lub całkowitego ubezwłasnowolnienia wnioskodawcy - kopię postanowienia / wyroku Sądu o ubezwłasnowolnieniu i ustanowieniu opiekuna prawnego, kuratora (oryginał do wglądu).

W przypadku braku w/w dokumentów (jako materiałów dowodowych w sprawie o ustalenie stopnia niepełnosprawności lub niepełnosprawności) Przewodniczący Zespołu Orzekającego występuje do wnioskodawcy o ich uzupełnienie.

W przypadku stanu zdrowia uniemożliwiającego złożenie podpisu przez wnioskodawcę, który może czytać, a jednocześnie posiada przedstawiciela ustawowego / kuratora, można np. umieścić odcisk palca wnioskodawcy czytelnym podpisem pełnoletniego świadka (np. lekarza, pracownika socjalnego, pracownika Zespołu).

W przypadku posiadania dokumentacji medycznej powstałej w wyniku leczenia w innym kraju moc dowodową ma tłumaczenie tychże dokumentów przez tłumacza przysięgłego z danego języka na język polski.

.....

podpis osoby zainteresowanej lub
jej przedstawiciela ustawowego

*- właściwe podkreślić / zakreślić

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych (RODO):

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności oraz Starosta Bielski – Starostwo Powiatowe w Bielsku-Białej, z siedzibą w Bielsku-Białej przy ul. Piastowskiej 40.
2. Współadministratorem Pana/i danych przetwarzanych w systemie EKSMOOn jest Pełnomocnik Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych z siedzibą przy ul. Nowogrodzkiej 1/3/5, 00-513 Warszawa, e-mail: sekretariat_bon@mrips.gov.pl oraz Minister Rodziny i Polityki Społecznej, z siedzibą przy ul. Nowogrodzkiej 1/3/5, 00-513 Warszawa, e-mail: info@mrips.gov.pl
3. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych: iodpzon@powiat.bielsko.pl. Podane dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań publicznych w związku z obsługą spraw związanych z wydawaniem orzeczeń o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, legitymacji i kart parkingowych na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 roku w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności, ustawy z dnia 20 czerwca 1997 roku Prawo o ruchu drogowym, w ograniczonym zakresie również na podstawie Państwa zgody - według art. 6 ust. 1 lit. a) i c) oraz art. 9 ust. 2 lit. b) i h) RODO.
4. Dostęp do danych mają podmioty zewnętrzne świadczące usługi na rzecz Urzędu w zakresie niezbędnym do ich realizacji oraz podmioty uprawnione do dostępu do danych na podstawie przepisów prawa. Odrębną kategorią odbiorców, którym mogą być ujawnione dane osobowe będą podmioty uprawnione do obsługi doręczeń.
5. Zebrane dane będą przetwarzane do momentu wygaśnięcia podstawy prawnej przetwarzania z wyłączeniem celów statystycznych, archiwalnych i zabezpieczenia przyszłych roszczeń administratora danych.
6. Podanie danych osobowych w zakresie obowiązujących przepisów ustawowych jest obowiązkowe, w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
7. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje, w przypadkach określonych przepisami, prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, wniesienia skargi do organu nadzorczego oraz prawo do odwołania zgody na przetwarzanie danych podanych dobrowolnie w każdym czasie. Jednakże wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Szczegółowe informacje są dostępne w siedzibie Starostwa Powiatowego w Bielsku-Białej, w tym w Biurze Obsługi Mieszkańca, na tablicy informacyjnej, a także w Biuletynie Informacji Publicznej i na powiatowej stronie internetowej www.powiat.bielsko.pl (Obsługa Mieszkańców - Dane osobowe)

.....
/pieczętka zakładu opieki zdrowotnej/

.....
/miejscowość i data/

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

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

PESEL Nr i seria dowodu osobistego

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim)

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, 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 wykonywanych badań dodatkowych w załączeniu:

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

8. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta **TAK / NIE***

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

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

11. W/w pacjent wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji: **TAK / NIE***

12. W/w pacjent jest zdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności. **TAK / NIE***

.....
pieczęć i podpis lekarza

* niewłaściwe skreślić

Zaświadczenie jest ważne 3 miesiące od daty wystawienia do dnia złożenia wniosku

(Podstawa prawna: §6 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności)