UWAGA!

Osoby, które składają wniosek w celu przedłużenia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, powinny go złożyć nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności aktualnego orzeczenia (Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23.12.2009 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności §1 pkt 6)

Wniosek w sprawie wydania orzeczenia dla dzieci (16-18 lat) o stopniu niepełnosprawności

Numer sprawy……

Imię i nazwisko dziecka.....
Data i miejsce urodzenia .....Obywatelstwo……..
Nr i seria dow. osobistego (paszport, leg. szkol) .....
PESEL ..... Posiadam prawo jazdy TAK/NIE*
Adres zamieszkania .....
Imię nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka.....
PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka.....Nr i seria dowodu…….
Obywatelstwo..... Numer telefonu ……
Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka.....

Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
ul. Kościuszki 2, 14-100 Ostróda

Wniosek składam:
☐ po raz pierwszy ☐ w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia
☐ w związku ze zmianą stanu zdrowia

Zwracam się z prośbą o wydanie mi orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów: (*właściwe podkreślić*)

1. Odpowiedniego zatrudnienia
2. Szkolenia
3. Uczestnictwa w terapii zajęciowej
4. Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
5. Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
6. Korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt. 1 ustawy z 20.06.1997 Prawo o ruchu drogowym(Dz. U. z 2012 r., poz. 1137, z późn. zm.)
7. Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
8. Uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego
9. Uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
10. Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
11. Uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
12. Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
13. innych (wymienić jakich)……..

Cel podstawowy- należy wpisać w kratkę jeden z powyższych punktów ☐

Uzasadnienie wniosku:
1. sytuacja społeczna: stan cywilny .....,liczba zamieszkujących wspólnie osób .....
2. zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

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

3. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego .....
4. sytuacja zawodowa: wykształcenie .....
   Zawód wyuczony.....

Oświadczam, że:

1. **pobieram* / nie pobieram*** świadczenie pieniężne:
   a) z Pomocy Społecznej (wymienić jakie) .....
2. Oświadczam, że aktualnie **toczy się*/ nie toczy się*** w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym, podać jakim
   .....
3. Oświadczam, że **składałem/am*/ nie składałem/am *** uprzednio wniosek o ustalenie niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności: jeżeli tak, to kiedy.....z jakim skutkiem lub stopniem.....do kiedy jest ważne orzeczenie…….
4. Oświadczam, że **mogę*/ nie mogę*** samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego. **(Jeżeli nie, należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej długotrwałej choroby).**

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 ŚWIADOMA/Y ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.

KLAUZULA INFORMACYJNA
dotycząca przetwarzania danych osobowych

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Dz.Urz.UE.L 2016 Nr 119, str. 1, ze zm. – dalej RODO, informujemy, że administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostródzie, ul. Jana III Sobieskiego 5, 14-100 Ostróda, NIP 741-17-73-954, Regon 510827093, tel. 89 642-98-83, email: sekretariat@pcpr.ostroda.pl. Administrator danych wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można kontaktować się we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych. Funkcję IOD pełni Magdalena Dzikowska, e-mail: kontakt@idpo.pl. Szczegółowe informacje nt. przetwarzania i ochrony danych osobowych dostępne są na stronie WWW administratora (https://www.pcpr.ostroda.pl/rodo) oraz po zeskanowaniu kodu QR:

KLAUZULA ZGODY

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) i art. 9 ust. 2 lit. a) RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych we wniosku, które przekraczają zakres wskazany w przepisach prawa, ale są niezbędne do prawidłowego i szybkiego rozpatrzenia wniosku.

Miejscowość i data…….. ….....
(podpis osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego)

* niepotrzebne skreślić

Uwaga: we wniosku należy wypełnić wszystkie pozycje
Tel. Informacyjny Zespołu: (0-89) 642-73-88

UWAGA!!! ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE JEST WAŻNE 30 DNI OD DNIA JEGO WYSTAWIENIA
Niewłaściwie wypełnione zaświadczenie lekarskie jest obarczone brakiem formalnym.
Zaświadczenie nieaktualne lub z brakiem uniemożliwia wszczęcie postępowania.

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

…….
miejscowość i data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

Wydane na potrzeby Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko ……

Data i miejsce urodzenia ……..

Adres zamieszkania ……..

PESEL …… nr i seria dowodu osobistego (paszportu) ……...

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakieś dokumentacji): stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania; pobyty w szpitali; sanatorium

5. Ocena wyników leczenia, rokowań (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

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

7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych (w załączeniu)

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieka lekarza wystawiającego zaświadczenie ? (data)
……
Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data) …….

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

TAK/NIE*

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

W/w Pan/ Pani jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

TAK/NIE*

U w/w Pana/ Pani nastąpiło istotne pogorszenie zdrowia**

……
podpis i pieczątka lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić
** dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie

UWAGA:

Wniosek oraz aktualne zaświadczenie lekarskie (ważne 30 dni od daty wystawienia) należy obowiązkowo złożyć w oryginałach i dołączyć:

- kserokopię posiadanego orzeczenia

-kserokopie aktualnej dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałami (wyniki badań RTG, USG, TK, MR, karty informacyjne leczenia szpitalnego, historie choroby z poradni specjalistycznych)

Potwierdzenie zgodności z oryginałem musi zawierać:

-czytelny podpis lub parafkę z pieczątką imienną osoby potwierdzającej

-pieczątkę nagłówkową instytucji potwierdzającej dokumentację medyczną i datę potwierdzenia