Powiatowy Zespół do Spraw

Orzekania o Niepełnosprawności

 we Włocławku

ul. Okrzei 74, tel. / fax 232 43 20

 87-800 Włocławek

**Nr sprawy:** ................................. Włocławek, dnia ....................................

(wypełnia Zespół)

***Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności***

**Imię i nazwisko:** .........................................................................................................................................................

Data urodzenia: ............................................................... Miejsce urodzenia: ….......................................................

**PESEL**: …............................................................. Seria i nr dowodu osobistego: ...................................................

Stały adres zameldowania: ..........................................................................................................................................

Adres pobytu: …..........................................................................................................................................................

 (wypełnić jeśli jest inny niż adres zameldowania)

Adres korespondencyjny: ............................................................................................................................................

Telefon kontaktowy: ….................................................................

**Dane przedstawiciela ustawowego- wypełniane tylko w przypadku, gdy osoba zainteresowana jest niepełnoletnia lub ubezwłasnowolniona**

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego: ..........................................................................................................................

Seria i nr dowodu osobistego: …................................................. Nr PESEL: …......................................................................

Adres zamieszkania: ...................................................................................................................................................................

**Wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności składam\*:**

a) po raz pierwszy

b) w związku ze zmianą stanu zdrowia

c) w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia d) odnośnie wymiany karty parkingowej

**Zwracam się z prośbą o wydanie mi orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów (zaznaczyć stawiając x):**

 odpowiedniego zatrudnienia

szkolenia, w tym specjalistycznego,

uczestnictwa w terapii zajęciowej,

konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze ułatwiające funkcjonowanie,

 korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się
 korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych,

korzystania ze świadczeń pomocy społecznej,

 uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,

 uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,

 korzystania z karty parkingowej,

 zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,

 innych (wymienić jakich) .......................................................................................................................................

**Uzasadnienie wniosku**

**1. Sytuacja społeczna:** stan cywilny.................................., stan rodzinny (ilość osób wspólnie zamieszkujących)............

**2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania (właściwe zaznaczyć stawiając x)**

- wykonywanie czynności samoobsługowych: **samodzielnie z pomocą opieka**

- poruszanie się: **samodzielnie z pomocą opieka**

- prowadzenie gospodarstwa domowego: **samodzielnie z pomocą opieka**

**3. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:** nie korzystam/ korzystam z\*: ..........................................................

**4. Sytuacja zawodowa:**

- wykształcenie\*: niepełne podstawowe/ podstawowe/ zawodowe/ średnie/ wyższe

- zawód/ przygotowanie zawodowe lub posiadane kwalifikacje ................................................................................

- obecne zatrudnienie: nie pracuje/pracuje\* zawód wykonywany …................................................................

**Oświadczam, że:**

1. Składałem / nie składałem\* uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:

 kiedy?.............................., z jakim skutkiem? (podać stopień niepełnosprawności)...............................................

 na okres do .................................../ na stałe, orzeczenie nr ..........................................wydane przez Powiatowy/

 Miejski/ Wojewódzki Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności/ Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

 w .............................................................................................................................................................................

2. Mogę / nie mogę\* przybyć na posiedzenie składu orzekającego (jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie
 lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nierokującej
 poprawy choroby).

3. Pobieram / nie pobieram\* świadczenie z ubezpieczenia społecznego: emerytura/ renta/ inne (podać jakie)

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

**4. Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności ze
 zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

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.**

 Wyrażam zgodę na gromadzenie danych dotyczących mojej osoby, utrwalanie ich oraz przetwarzanie zgodnie z celem

 określonym w złożonym wniosku, na podstawie ustawy z dnia 10 maja 2018 r o ochronie danych osobowych Dz.U. z

 2018 r. poz. 1000, a także Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Europy (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 (ogólnie rozporządzenie o ochronie danych ROODO).

POUCZENIE:

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia, wydane dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności, musi być wydane nie wcześniej niż 30 dni przed dniem złożenia wniosku – oryginał.**

**Do wniosku należy dołączyć uwierzytelnione kserokopie posiadanej dokumentacji medycznej lub przedłożyć oryginały do wglądu (przy kolejnym składaniu wniosku o wydanie orzeczenia, należy dołączyć dokumentację medyczną zgromadzoną po dacie wydania ostatniego orzeczenia).**

Do wniosku załączam:

1………………………………………………………………………………………………………………………

2………………………………………………………………………………………………………………………

3………………………………………………………………………………………………………………………

4………………………………………………………………………………………………………………………

5……………………………………………………………………………………………………………………....

 …...........................................................................................

 podpis wnioskodawcy /przedstawiciela ustawowego

**\* odpowiednie zaznaczyć**