

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Janowie Lubelskim

**WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
(dla osób powyżej 16 roku życia)**

Wnoszę (zaznaczyć **X** we właściwych kratkach):

- ☐ 1. O wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności - osób, które nie posiadają ustalonego stopnia niepełnosprawności
- ☐ 2. O wydanie orzeczenia o ponowne ustalenie stopnia niepełnosprawności - dla osób niepełnosprawnych, posiadających orzeczenie o stopniu niepełnosprawności z określoną datą ważności
- ☐ 3. O ponowne wydanie orzeczenia uwzględniającego zmianę stanu zdrowia - dla osób niepełnosprawnych, które posiadają już orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

I. Dane osoby zainteresowanej:

1. Nazwisko i imię nr telefonu:
2. Data i miejsce urodzenia
3. Seria i numer dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość
4. Nr PESEL lub informację o obywatelstwie w przypadku cudzoziemca nieposiadającego numeru PESEL
5. Miejsce stałego pobytu w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności
i miejsce zamieszkania:
6. Adres do korespondencji
7. Dane przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego lub kuratora. W przypadku opiekuna lub kuratora należy dołączyć stosowne orzeczenie sądu:

Imię i nazwisko..... PESEL.....

Adres zamieszkania lub pobytu

II. CEL, dla którego niezbędne jest wydanie orzeczenia (zaznaczyć **X** we właściwych kratkach):

- | | |
|---|---|
| ☐ 1.odpowiedniego zatrudnienia | ☐ 7.korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej |
| ☐ 2.szkolenia | ☐ 8.ubiegania się o zasiłek pielęgnacyjny |
| ☐ 3.zatrudnienia w Zakładzie Aktywności Zawodowej | ☐ 9.uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego |
| ☐ 4.uczestnictwa w Warsztatach Terapii Zająciowej | ☐ 10.karta parkingowa (art. 8 ust. 3a pkt. 1 PORD) |
| ☐ 5.konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne/
środki pomocnicze/ pomoce techn. | ☐ 11.prawo do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju |
| ☐ 6.korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w
samodzielnej egzystencji, | ☐ 12.inne..... |
| | <u>CEL PODSTAWOWY:</u> pkt. |

III. UZASADNIENIE WNIOSKU *:

1. Sytuacja społeczna: stan cywilny.....stan rodzinny.....

2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

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

3. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego

niezbędne	wskazane	zbędne
☐	☐	☐

4. Sytuacja zawodowa: wykształcenie.....zawód.....
obecne zatrudnienie.....

IV. OŚWIADCZAM, że: (*wypełnić lub zaznaczyć X we właściwych kratkach)

- ☐ pobieram świadczenie, jeżeli tak: wpisać jakie i jakiego organu lub /
☐ nie pobieram świadczenia
- ☐ składałem wcześniej wniosek o wydanie orzeczenia, jeżeli „TAK” to kiedy.....
z jakim skutkiem..... nr orzeczenia..... lub /
☐ nie składałem uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności
- ☐ mogę lub ☐ nie mogę samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego
- ☐ zostałem pouczone o treści art. 41 § 1 Kpa (Dz. U. z 2021 r. poz. 735, ze zm.), tj.: w toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swojego adresu, w tym adresu elektronicznego oraz jestem świadomy, że w razie zaniedbania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.
- Aktualnie: ☐ toczy się / ☐ nie toczy się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznym, podać jakim:

V. Załączniki do wniosku:

Oświadczam, że:

- dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. Złożona dokumentacja w celu wydania orzeczenia jest autentyczna.

Data:

Podpis osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego

Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności należy złożyć:

- Czytelnie podpisany oryginał powyższego wniosku (**dokładnie wypełnić każdą rubrykę**),
- Oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wydanego dla potrzeb zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności (**dokument jest ważny przez 3 miesiące od daty wystawienia przez lekarza**),
- Kserokopie wszelkiej dokumentacji, potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności np. karty informacyjne leczenia szpitalnego, konsultacje specjalistyczne, historia choroby, opinie, opis zdjęć RTG, EKG, EEG itp. – **przyjmowane są oryginały lub kserokopie wraz z oryginałami do potwierdzenia zgodności** lub kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez np. placówkę służby zdrowia,
- Obowiązkowo kserokopie poprzednich orzeczeń** (jeżeli takie były wydane).

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)¹

.....
(miejscowość, data)

.....
(nr PESEL)

OŚWIADCZENIE
o miejscu pobytu stałego

Pouczony/a o treści art. 25 ust.1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności (j. t.: Dz. U. z 2024 r. poz. 736 z późn. zm.) zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że moim miejscem pobytu stałego/miejscem pobytu stałego dziecka/miejscem pobytu stałego osoby w imieniu której składam wniosek² jest:

.....
(adres miejsca pobytu stałego)

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (j. t.: Dz. U. z 2024 r. poz. 17) - **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 miesięcy do lat 8**, potwierdzam że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

.....
(podpis)

¹Osoba, której dotyczy wniosek o wydanie orzeczenia

²niepotrzebne skreślić

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwanym dalej Rozporządzenie RODO), informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Janowie Lubelskim.
2. Ma Pani/Pan prawo kontaktu z Inspektorem Ochrony Danych (IOD) za pomocą adresu e-mail: jrzad@powiatjanowski.pl oraz pod numerem telefonu 15 8725467
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rejestracji, analizy i realizacji wniosków o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, wskazaniach do ulg i uprawnień, wydawania legitymacji osoby niepełnosprawnej oraz karty parkingowej.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest:
 - w przypadku ubiegania się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności oraz orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
 - w przypadku ubiegania się o wydanie legitymacji osoby niepełnosprawnej - Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności,
 - w przypadku ubiegania się o wydanie karty parkingowej Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie wzoru oraz trybu wydawania i zwrotu kart parkingowych
 - art. 6 ust. 1 lit. e RODO (przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi),
 - art. 9 ust. 2 lit. b, c, j RODO (przetwarzanie szczególnej kategorii danych osobowych).
5. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa, a także podmioty, którym na podstawie zawartej umowy powierzono przetwarzanie danych osobowych.
6. Dane osobowe, po zrealizowaniu celu dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane w celach archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny wynikający z przepisów prawa w szczególności dotyczących archiwizowania dokumentów obowiązujących u Administratora.
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych umożliwiających identyfikację, jest wymogiem wynikającym z przepisów prawa, jeśli Administrator tych danych nie będzie posiadał, sprawa nie będzie mogła zostać rozpatrzona.
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Przysługuje Pani/Panu prawo żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych oraz ich prostowania.
10. Przysługuje Pani/Panu także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia.
11. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.