

Adnotacje urzędowe:

Znak sprawy: PZOON.452.

Pakiet archiwum:/...../.....

- sprawdzono z dokumentem potwierdzającym tożsamość:
- sprawdzono w bazie ogólnopolskiej systemu EKSMOoN:
- wprowadził do systemu EKSMOoN:

**WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
(dla osób powyżej 16 roku życia)**

WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Wnoszę o:

Wydanie orzeczenia po raz pierwszy (dotyczy osoby nieubiegającej się dotychczas o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności)

Ponowne wydanie orzeczenia - w związku z zaistniałą zmianą stanu zdrowia (dotyczy osoby posiadającej ważne [ostateczne i prawomocne] orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, która ubiega się o jego zmianę [w trakcie ważności poprzedniego orzeczenia])

Ponowne wydanie orzeczenia - w związku z upływem ważności poprzedniego orzeczenia (dotyczy osoby, u której ważność poprzedniego orzeczenia upłynęła lub upłynie w ciągu najbliższych 30 dni)

Ponowne wydanie orzeczenia - składałem/am uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności - brak stopnia niepełnosprawności (dotyczy osoby ubiegającej się o wydanie orzeczenia, która otrzymała orzeczenie o niezaliczeniu do osób niepełnosprawnych)

1. DANE OSOBOWE:

Imię i nazwisko

Data urodzenia Miejsce urodzenia.....

Seria i nr dok. tożsamości PESEL:/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Adres miejsca zameldowania na pobyt stały¹.....

.....

Adres miejsca pobytu².....

.....

Adres korespondencyjny³ (jeżeli inny).....

.....

telefon e-mail:

¹ Pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania.

² Adres miejsca pobytu należy podać wyłącznie w przypadku osób:

(właściwą rubrykę zaznaczyć stawiając w polu wyłącznie jeden znak:)

1) bezdomnych

2) przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad 2 miesiące ze względów rodzinnych lub zdrowotnych

3) przebywających w zakładach karnych i poprawczych

4) przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

³ W przypadku zbieżności adresu korespondencyjnego z adresem miejsca stałego pobytu/pobytu należy wpisać skrót: „j.w.”

2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO - wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca jest ubezwłasnowolniony lub niepełnoletni:

Imię i nazwisko

Data urodzenia Miejsce urodzenia.....

Seria i nr dok. tożsamości PESEL: / / / / / / / / / /

Adres miejsca zameldowania na pobyt stały¹.....

.....

Adres miejsca pobytu².....

.....

Adres korespondencyjny³ (jeżeli inny).....

.....

**Do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności
ul. Bobrecka 29, 43-400 Cieszyn**

tel. 33 47 77 125 / 126, e-mail: pzoon@pcpr.cieszyn.pl

Wnioskuję o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. odpowiedniego zatrudnienia | <input type="checkbox"/> 7. uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego |
| <input type="checkbox"/> 2. szkolenia | <input type="checkbox"/> 8. uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego |
| <input type="checkbox"/> 3. uczestnictwa w terapii zajęciowej, zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej, | <input type="checkbox"/> 9. korzystanie z karty parkingowej |
| <input type="checkbox"/> 4. konieczności zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze | <input type="checkbox"/> 10. uzyskanie prawa do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju |
| <input type="checkbox"/> 5. korzystanie z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> 11. korzystanie z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów |
| <input type="checkbox"/> 6. korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej | <input type="checkbox"/> 12. inne..... |
| | |
| | |

Cel główny - podstawowy złożenia wniosku (należy podać jeden z w/w) nr

3. DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ:

Stan cywilny: kawaler/panna*, żonaty/zamężna*, rozwiedziony/rozwiedziona*, separowany/separowana*, wdowiec/wdowa*

Ilość dzieci (w tym dorosłe):

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

(wstawić znak „X” w odpowiedniej rubryce w danym wierszu)

	samodzielnie	z pomocą	opieka
wykonywanie czynności samoobsługowych (higiena osobista, spożywanie, przygotowanie posiłków, ubieranie się, itp.)			
poruszanie się (chodzenie, poruszanie się w domu i poza domem, itp.)			
prowadzenie gospodarstwa domowego (zakupy, sprzątnięcie, gotowanie, itp.)			

4. DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI ZAWODOWEJ:

wykształcenie: bez wykształcenia szkolnego, podstawowe, zasadnicze, średnie, wyższe*

zawód wyuczony:

czy aktualnie wykonuje pracę zarobkową: TAK/NIE*,

zawód (obecnie) wykonywany:

5. OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, że **pobieram / nie pobieram*** emeryturę/świadczenia rentowe:

Jeżeli tak to jakie:

2. Oświadczam, że **mogę / nie mogę*** samodzielnie 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).

3. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniające złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

4. Zobowiązuje się powiadomić PZOON w Cieszynie o każdej zmianie swojego adresu do momentu zakończenia postępowania - zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jedn. Dz. U. z 2020 r. poz. 256 z późn. zm.; dalej: k.p.a.). W razie zaniedbania tego obowiązku jestem świadomy/a, iż doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (tj.: Dz. U. 2018 r. poz. 1600 ze zm.) 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.

.....
Miejscowość i data

.....
podpis osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego

UWAGA! W PRZYPADKU, GDY WNIOSKODAWCA NIE JEST W STANIE SIĘ PODPISAĆ ZE WZGLĄDU NA STAN ZDROWIA, NALEŻY UMIEŚCIĆ ODCISK KCIUKA WNIOSKODAWCY Z CZYTELNYMI PODPISAMI DWÓCH PEŁNOLETNYCH ŚWIADKÓW (np. lekarz, pracownik socjalny, członkowie rodziny).

* niepotrzebne skreślić

WAŻNE:

Do wniosku należy załączyć:

1. **zaświadczenie lekarskie** o stanie zdrowia wydane dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności - wystawione przez lekarza prowadzącego nie wcześniej niż 30 dni przed złożeniem wniosku,
2. dowód osobisty lub inny dokument tożsamości do wglądu,
3. **kserokopie i oryginały do wglądu posiadanej dokumentacji medycznej** tj. kart informacyjnych z leczenia szpitalnego, sanatorium; posiadane aktualne wyniki badań specjalistycznych (opisy: TK, MR, RTG, USG,

EKG, EEG; spirometrię, audiogram) lub uwierzytelnioną kserokopię ww. dokumentacji medycznej tzn. potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez organ lub podmiot, który dokument wytworzył,

4. **kserokopie kartotek lekarskich potwierdzonych przez lekarza lub pielęgniarkę lub inną osobę upoważnioną za zgodność z oryginałem pieczętką poradni** (z ostatnich 2 – 3 lat leczenia) bądź kserokopie wraz z oryginałami kartotek do wglądu,
5. **kserokopie i oryginały aktualnych opinii:** psychologicznej, logopedycznej, itp. – jeśli osoba lub dziecko korzysta z pomocy ww. specjalistów,
6. **kserokopię i oryginał do wglądu poprzedniego orzeczenia o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności (jeśli było wydane w innym Zespole), orzeczenia ZUS/KRUS lub wyroku Sądu Pracy,**
7. **kserokopię wyroku sądu ustanawiającego opiekę prawną** (oryginał do wglądu) – w przypadku, gdy wnioskodawca jest częściowo lub całkowicie ubezwłasnowolniony.

- Zamiast oryginału dokumentu strona może złożyć odpis dokumentu, jeżeli jego zgodność z oryginałem została poświadczona przez notariusza albo występującego w jego sprawie pełnomocnika strony będącego adwokatem lub radcą prawnym.

- Dokumentacja medyczna, której oryginalność nie jest uwierzytelniona za zgodność z oryginałem, nie będzie brana pod uwagę przy rozpatrywaniu wniosku.

UWAGA:

Zgodnie z § 15 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz.U. Nr 139, poz. 1328 z późn.zm.) **Osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności wydane na czas określony może wystąpić z wnioskiem o wydanie orzeczenia o ponowne ustalenie niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności, nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia, a załączona do wniosku dokumentacja medyczna powinna dotyczyć okresu od ostatniej komisji.**

GODZINY PRZYJMOWANIA WNIOSKÓW:		DANE KONTAKTOWE: TEL.: 33 47 77 125, 33 47 77 126 E-MAIL: pzoan@pcpr.cieszyn.pl
PONIEDZIAŁEK	09.00 – 15.00	
WTOREK	09.00 – 13.00	
ŚRODA	09.00 – 13.00	
CZWARTEK	10.00 – 15.30	
PIĄTEK	NIECZYNNE	

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowy Zespól ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Cieszynie (43-400) przy ulicy Bobreckiej 29, reprezentowane przez Przewodniczącego (nr tel.: 33 47 77 126 adres e-mail: pzoan@pcpr.cieszyn.pl).

2. W Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Cieszynie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod numerem telefonu 518-442-215 w godzinach pracy urzędu, tj. od 7.30 – 15.30 lub adresem e-mail: inspektor@pcpr.cieszyn.pl.

3. Powiatowy Zespól ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Cieszynie **przetwarza dane osobowe w celu** prowadzenia dokumentacji wynikających z przepisów prawa dotyczących ubiegania się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, w szczególności ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych wraz z aktami wykonawczymi.

4. W związku z przetwarzaniem danych w celach wskazanych w pkt 3, **dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych.** Odbiorcami danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w tym państwa trzecie, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.

5. **Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa,** przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji, tj. 50 lat po zakończonym postępowaniu.

6. **W związku z przetwarzaniem przez Powiatowy Zespól ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Cieszynie danych osobowych, przysługują niniejsze prawa:**

- dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępniane dane osobowe nie mogą ujawniać informacji niejawnych, ani naruszać tajemnic prawnie chronionych, do których zachowania zobowiązany jest Przewodniczący Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Cieszynie,
- sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;
- ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO.

7. W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez Powiatowy Zespól ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Cieszynie danych osobowych narusza przepisy RODO, **przysługuje prawo do wniesienia skargi** do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.