UWAGA! Należy wypełniać **czytelnie** wszystkie pola druku

WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

miejscowość .....

Nr sprawy PCPR-PZO.721. .202…. data .....

Imię/imiona i nazwisko .....

PESEL / / / / / / / / / / / /

Adres zameldowania .....

Adres pobytu (jeśli inny niż zameldowania) .....

Adres do korespondencji .....

Data i miejsce urodzenia .....

Obywatelstwo .....

Seria i Nr oraz rodzaj dokumentu tożsamości .....

Numer telefonu kontaktowego ..... **Adres e-mail** .....

Imię/imiona i nazwisko opiekuna prawnego .....
(dotyczy wniosku składanego dla osoby pomiędzy 16 a 18 r.ż. i ubezwłasnowolnionej)

Seria i Nr oraz rodzaj dokumentu tożsamości .....
(opiekuna prawnego dla osoby pomiędzy 16 a 18 r.ż. i ubezwłasnowolnionej)

Obywatelstwo (opiekuna prawnego) .....

Adres zameldowania/pobytu opiekuna prawnego .....

PESEL opiekuna prawnego / / / / / / / / / / / /

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Stalowej Woli

Zwracam się z uprzejmą 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,
- ☐ korzystanie z karty parkingowej,
- ☐ korzystania z systemu pomocy społecznej,
- ☐ uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego,
- ☐ uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
- ☐ zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
- ☐ uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
- ☐ korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów,
- ☐ inne (jakie?) .....

Uzasadnienie wniosku:

1. sytuacja społeczna: stan cywilny ☐ kawaler/panna ☐ żonaty/zamężna ☐ wdowiec/wdowa ☐ rozwiedziony/a separowany/a
2. zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

	samodzielnie	z pomocą	opieka
a. wykonywanie czynności samoobsługowych	☐	☐	☐
b. poruszanie się w środowisku	☐	☐	☐
c. prowadzenie gospodarstwa domowego	☐	☐	☐

3. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego: ☐ TAK - rodzaj ……..……..…….. ☐ NIE
4. sytuacja zawodowa: wykształcenie ☐ podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego

☐ podstawowe ☐ zasadnicze ☐ średnie ☐ wyższe

zawód wyuczony …….....

aktywność zawodowa: ☐ aktywny zawodowo ☐ bezrobotny ☐ uczeń/student ☐ emeryt/rencista

zawód aktualnie wykonywany ……..... (dla osób aktywnych zawodowo)

obecne zatrudnienie ……..... (dla osób aktywnych zawodowo)

Oświadczam, że:

1. Pobieram świadczenie rentowe (*nie dotyczy renty rodzinnej*): ☐ TAK ☐ NIE
   Jeżeli TAK to jakie (**proszę załączyć również kopię orzeczenia**):
   - ☐ renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy
   - ☐ renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy
   - ☐ renta z tytułu całkowitej niezdolności. do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji
   - ☐ renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy
   - ☐ renta rolnicza szkoleniowa
   - ☐ renta inwalidzka z powodu inwalidztwa I gr.
   - ☐ renta inwalidzka z powodu inwalidztwa II gr.
   - ☐ renta inwalidzka z powodu inwalidztwa III gr.
   - ☐ wojskowa renta inwalidzka
   - ☐ policyjna renta inwalidzka
   - ☐ renta szkoleniowa
2. Aktualnie nie toczy się* (toczy się*) w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym, jeżeli tak, to proszę podać jakim: ☐ ZUS ☐ KRUS ☐ MSWiA ☐ WZO ☐ inne……...……
3. Nie składałem* (składałem*) uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności:
   jeżeli tak, to z jakim skutkiem: orzeczenie PZO Nr …….……... ważne do …....…..….. stopień …….……...
4. Mogę* (nie mogę*) samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego - *(Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby).*
5. Posiadam ważne orzeczenie – podać jakie .....(nazwa organu, nr orzeczenia), które nie zawiera informacji, będących podstawą do korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów.
6. 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 świadom ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
7. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, przewodniczący powiatowego zespołu zawiadamia na piśmie osobę zainteresowaną o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
8. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie (art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego).
9. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego oświadczam, że dane zawarte w powyższym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. **oryginał** zaświadczenia o stanie zdrowia wydanego przez lekarza leczącego zawierające opis stanu zdrowia, rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących, potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych, wydane nie wcześniej, niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku przez lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba zainteresowana;
2. **uwierzytelnione kserokopie** posiadanej dokumentacji medycznej, tj. karty informacyjne ze szpitala, karty wizyt u lekarza rodzinnego i/lub specjalisty/ów w przychodni, badania specjalistyczne, konsultacje, wyniki opisowe badań RTG, MR, KT, USG, zaświadczenia lekarzy specjalistów (**oryginały**) i inne dokumenty medyczne - **potwierdzające aktualny stan zdrowia**;
3. **oryginały lub uwierzytelnione kserokopie:** orzeczenie Lekarza Orzecznika ZUS lub KRUS o niezdolności do pracy, orzeczenie KIZ o posiadanej grupie inwalidzkiej lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności;
4. inne dokumenty, proszę podać jakie: ……...……..…….....

Wniosek składany:

- ☐ po raz pierwszy
- ☐ z powodu pogorszenia stanu zdrowia
- ☐ z powodu upływu ważności orzeczenia

podpis osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego[1]

** niepotrzebne skreślić*

[1] *podpis osoby zainteresowanej lub, jeżeli nie posiada ona zdolności do czynności prawnych, jej przedstawiciela ustawowego; w przypadku składania wniosku przez ośrodek pomocy społecznej na podstawie art. 6b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych należy przedstawić dowód wyrażenia zgody przez osobę zainteresowaną lub jej przedstawiciela ustawowego*

Klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO" informuję, że:

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Stalowej Woli, ul. 1-go Sierpnia 12, 37-450 Stalowa Wola, telefon: 15 643 37 03 w zakresie danych zbieranych w formie tradycyjnej (papierowej) i w prowadzonych przez siebie bazach danych Elektronicznego Krajowego System Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności (EKSMOoN). Pełnomocnik Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych i Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego są współadministratorami, w rozumieniu art. 26 ust. 1 RODO, danych zgromadzonych w systemie EKSMOoN przez Powiatowy Zespół.
2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować za pośrednictwem adresu e-mail: iod@pcprstalowawola.pl lub pisemnie kierując korespondencję na adres Administratora. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych Pełnomocnika Rządu i Ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego dostępne są pod ich adresami stron internetowych.
3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu prowadzenia postępowania tj. rozpatrzenia wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) w zw. z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
4) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych tj. 10 lat od daty upływu ważności orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.
5) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
6) Państwa dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
7) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
   a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
   b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
   c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
   d) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).
8) Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3. Nieprzekazanie danych udostępnianych dobrowolnie pozostaje bez wpływu na rozpoznanie sprawy.
9) Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

UWAGA! Należy wypełniać **czytelnie** wszystkie pola druku

Miejscowość .....

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej Data .....

lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia[1]

(wypełnia tylko **j e d e n** lekarz)

wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu
do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
w Stalowej Woli

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zameldowania/pobytu .....

Seria i Nr oraz rodzaj dokumentu tożsamości .....

PESEL / / / / / / / / / / / /

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (tylko jedno rozpoznanie i 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

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

[1] **Zaświadczenie ważne jest 30 dni od dnia jego wystawienia.**
Brak pieczątek podmiotu wystawiającego zaświadczenie lub/i podpisu lekarza, daty powoduje nieważność zaświadczenia

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 wykonanych badań dodatkowych

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

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

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

8. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (rok) .....
9. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (rok) .....
10. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

☐ TAK ☐ NIE

11. W/wym. Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

☐ TAK ☐ NIE

12. W/wym. Pan/i jest trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.

☐ TAK ☐ NIE

13. Czy u w/wym. Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia *(dotyczy osób ubiegających się o ponowne orzeczenie)*

☐ TAK ☐ NIE

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

dodatkowe uwagi lekarza wystawiającego zaświadczenie

UWAGA!

Należy wypełniać **czytelnie wszystkie** pola druku pod rygorem nie rozpatrzenia wniosku

14. Szczegółowa ocena funkcjonowania pacjenta w skali Barthel

❑ dotyczy
❑ nie dotyczy ze względu na rodzaj schorzenia

L/p	Nazwa czynności	Wartość punktowa
1.	**Spożywanie posiłków** 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść, 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. 10 = samodzielny, niezależny.	
2.	**Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie)** 0 = nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siadaniu, 5 = większa pomoc (w jedną, dwie osoby, fizyczna), może siedzieć, 10 = mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna), 15 = samodzielny.	
3.	**Utrzymanie higieny osobistej** 0 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych, 5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami).	
4.	**Korzystanie z toalety (WC)** 0 = zależny, 5 = częściowo potrzebuje pomocy, 10 = niezależny (w zdejmowaniu, zakładaniu, ubieraniu części garderoby).	
5.	**Mycie, kąpiel całego ciała** 0 = zależny, 5 = niezależny.	
6.	**Poruszanie się (po powierzchniach płaskich)** 0 = nie porusza się lub <50 m, zależny na wózku, 5 = niezależny na wózku, 10 = spacery z pomocą jednej osoby >50m, 15 = niezależny (ale może potrzebować pomocy np. laski) >50.	
7.	**Wchodzenie i schodzenie po schodach** 0 = nie jest samodzielny, 5 = potrzebuje pomocy (fizycznej, przenoszenia), 10 = samodzielny.	
8.	**Ubieranie i rozbieranie się.** 0 = zależny, 5 = potrzebuje pomocy, ale część czynności może wykonać bez pomocy 10 = niezależny (w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.)	
9.	**Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu** 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca (lub występuje konieczność wykonania lewatywy), 5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania stolca, 10 = kontroluje oddawanie stolca.	
10.	**Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego** 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany i przez to niesamodzielny, 5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania moczu, 10 = kontroluje oddawanie moczu	
	Wynik kwalifikacji	**pkt.**

.....

pieczątka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie