

Wniosek składam dla celów (najważniejszy cel zaznaczyć krzyżykiem):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Odpowiedniego zatrudnienia | <input type="checkbox"/> Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego |
| <input type="checkbox"/> Szkolenia | <input type="checkbox"/> Uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego |
| <input type="checkbox"/> Uczestnictwa w terapii zajęciowej | <input type="checkbox"/> Zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju |
| <input type="checkbox"/> Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, | <input type="checkbox"/> Uzyskanie przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze |
| <input type="checkbox"/> Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> Korzystanie z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów |
| <input type="checkbox"/> Korzystania z karty parkingowej | <input type="checkbox"/> Inne (wymienić jakie): |
| <input type="checkbox"/> Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej | |
| | |

Sytuacja społeczna i zawodowa osoby zainteresowanej (właściwe zaznaczyć krzyżykiem):

1) Stan cywilny:

- panna/kawaler
- zamężna/żonaty
- w separacji
- rozwiedziona/rozwiedziony
- wdowa/wdowiec

2) Wykształcenie:

- mniej niż podstawowe
- podstawowe
- zasadnicze zawodowe
- średnie
- wyższe

3) Źródła dochodu

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> wynagrodzenie | <input type="checkbox"/> emerytura |
| <input type="checkbox"/> na utrzymaniu rodziny | <input type="checkbox"/> renta z tytułu |
| <input type="checkbox"/> pomoc społeczna | <input type="checkbox"/> brak |
| <input type="checkbox"/> zasiłek dla bezrobotnych | <input type="checkbox"/> inne |

4) Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:

- nie tak, jakiego:

5) Czy aktualnie wykonuje Pani/Pan pracę zarobkową ?

- tak nie

6) Zawód wyuczony.....

7) Zawód wykonywany

8) Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

	samodzielnie	z pomocą	pod opieką
wykonywanie czynności samoobsługowych (np. mycie się, ubieranie i rozbieranie się, spożywanie posiłków)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
poruszanie się w środowisku (np. przemieszczanie się, komunikowanie się)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prowadzenie gospodarstwa domowego (np. pranie, sprząatanie, gotowanie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oświadczam, że:

- 1)** Nie składałem/am Składałem/am uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w.....roku
- 2)** Mogę Nie mogę przybyć na posiedzenie sądu orzekającego
Jeżeli nie - należy dołączyć do wniosku **dotatkowe zaświadczenie lekarskie** potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu sądu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo
- 3)** Aktualnie toczy / Nie toczy się w mojej sprawie postępowanie przed sądem powszechnym w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności
- 4) W razie stwierdzenia przez zespół ds. orzekania o niepełnosprawności konieczności uzupełnienia dokumentacji medycznej m.in. poprzez wykonanie: badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, dostarczenie historii choroby z poradni specjalistycznych, **jestem świadomy ponoszenia kosztów ich wykonania we własnym zakresie.**
- 5) **Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie.**
Art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz 735, z późn. zm.)
§ 1. W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swojego adresu, w tym adresu elektronicznego.
§ 2. W razie zaniedbania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.
- 6) **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.**
- 7) **Wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności jest autentyczna i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów.**
Art. 270 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1444)
§ 1. Kto, w celu użycia za autentyczny, podrabia lub przerabia dokument lub takiego dokumentu jako autentycznego używa, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.
§ 2. Tej samej karze podlega, kto wypełnia blankiet, opatrzony cudzym podpisem, niezgodnie z wolą podpisanego i na jego szkodę albo takiego dokumentu używa.
§ 2a. W wypadku mniejszej wagi, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.
§ 3. Kto czyni przygotowania do przestępstwa określonego w § 1, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.
- 8) **Zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej (załącznik nr 2 do wniosku) dotyczącej przetwarzania danych osobowych w celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz o przysługujących mi prawach.**

****właściwe zaznaczyć krzyżykiem**

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

UWAGA! DO WNIOSKU KONIECZNIE NALEŻY DOŁĄCZYĆ:

1. **Oryginał**

- **WNIOSKU** w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (wypełniony czytelnie i podpisany),
- **ZAŚWIADCZENIA LEKARSKIEGO** o stanie zdrowia wypełniony przez lekarza (wystawionego na 30 dni przed dniem złożenia wniosku),

2. kserokopie (**oryginały do wglądu**) posiadanej dokumentacji medycznej potwierdzającej **AKTUALNY stan zdrowia** zgodny z opisem schorzenia zawartym w zaświadczeniu o stanie zdrowia wystawionym przez lekarza:

- karty informacyjne leczenia szpitalnego i sanatoryjnego, zaświadczenia lekarskie,
- badania specjalistyczne, konsultacje, opinie leczących specjalistów,
- aktualny audiogram (w przypadku schorzeń laryngologicznych),
- aktualne wyniki badań laboratoryjnych, wyniki opisowe badań RTG, EKG, EEG, TK, MR, USG, historia choroby i inne dokumenty medyczne itp.,
- opinia psychologiczna (w przypadku schorzeń: psychicznych, upośledzeń umysłowych, całościowych zaburzeń rozwojowych, chorób neurologicznych),

3. kserokopie: orzeczenia Lekarza Orzecznika ZUS o niezdolności do pracy, orzeczenie KIZ o posiadanej grupie inwalidzkiej , KRUS, **orzeczenie o stopniu niepełnosprawności**, opinie biegłych sądowych i wyroku Sądu (**oryginał do wglądu**),

4. składając wniosek należy okazać **dokument tożsamości osoby zainteresowanej**, wymieniony we wniosku,

5. jeżeli wniosek składa opiekun prawny, to należy załączyć **postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego**.

Załączniki:

Nr 1 – Zgoda na przetwarzanie dodatkowych danych

Nr 2 – Klauzula informacyjna

KLAUZULA INFORMACYJNA

dotycząca przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Międzychodzie

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych 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) informujemy że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Starostwie Powiatowym w Międzychodzie jest Starosta Międzychodzki z siedzibą w Międzychodzie, ul. 17 Stycznia 143, e-mail: starostwo@powiat-miedzychodzki.pl
2. Inspektorem ochrony danych osobowych jest Pani Agnieszka Krupa - Sokołowska, e-mail: inspektor@powiat-miedzychodzki.pl
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 573) w zakresie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności w tym dane o stanie zdrowia, wyłącznie do celów realizacji zadań niezbędnych do ich wykonania.
4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą podmioty upoważnione do uzyskania Pani/Pana danych osobowych na podstawie przepisów prawa, a także podmioty, którym na podstawie zawartej umowy powierzono przetwarzanie danych osobowych.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, ich poprawiania i sprostowania.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkiem ustawowym. Każdy zainteresowany zobowiązany jest do podania swoich danych osobowych, których zakres wynika z przepisów prawa, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie pozostawienie sprawy bez rozpatrzenia.
9. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również nie będą profilowane.