

**Wniosek
o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
(dotyczy osób powyżej 16 roku życia)**

Nr sprawy: _____ / _____

Uwaga! Pola w rubrykach należy wypełnić czytelnie, pismem drukowanym, dużymi literami

DANE OSOBOWE OSOBY ZAINTERESOWANEJ:

NAZWISKO																				
IMIĘ 1																				
IMIĘ 2																				
PESEL																				
PLEĆ	M / K	<i>Odpowiednio zaznaczyć</i>																		
DATA URODZENIA																				
MIEJSCE URODZENIA																				
OBYWATELSTWO																				
SERIA I NR DOK. TOŻSAMOŚCI																				
RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI	<ol style="list-style-type: none"> 1. dowód osobisty 2. paszport 3. prawo jazdy 4. legitymacja szkolna 5. odpis skrócony aktu urodzenia (dotyczy osoby przed 18 rokiem życia) 																			

ADRES ZAMELDOWANIA OSOBY ZAINTERESOWANEJ:

MIEJSCOWOŚĆ																				
ULICA, NR DOMU, LOKALU																				
KOD POCZTOWY					-															
POCZTA																				
TELEFON KONTAKTOWY																				

ADRES POBYTU OSOBY ZAINTERESOWANEJ (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania) UWAGA! TEN ADRES JEST TAKŻE ADRESEM DO DORECZEŃ KORESPONDENCJI

MIEJSCOWOŚĆ																				
ULICA, NR DOMU, LOKALU																				
KOD POCZTOWY					-															
POCZTA																				

Inny sposób ułatwiający kontakt z wnioskodawcą (e-mail, fax):

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (w przypadku wniosków osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych)

NAZWISKO																				
IMIĘ 1																				
IMIĘ 2																				
PESEL																				
PLEĆ	M / K	<i>Odpowiednio zaznaczyć</i>																		
DATA URODZENIA																				
MIEJSCE URODZENIA																				
OBYWATELSTWO																				
SERIA I NR DOK. TOŻSAMOŚCI																				
RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI	<ol style="list-style-type: none"> 1. dowód osobisty 2. paszport 3. prawo jazdy 4. legitymacja szkolna 5. odpis skrócony aktu urodzenia 																			

ADRES ZAMELDOWANIA/POBYTU PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO / (w przypadku wniosków osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych)

MIEJSCOWOŚĆ																				
ULICA, NR DOMU, LOKALU																				
KOD POCZTOWY																				
POCZTA																				
TELEFON KONTAKTOWY																				

ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA CELÓW:

X **Zaznaczyć**

<input type="checkbox"/>	Odpowiedniego zatrudnienia
<input type="checkbox"/>	Szkolenia
<input type="checkbox"/>	Uczestnictwa w terapii zajęciowej
<input type="checkbox"/>	Konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
<input type="checkbox"/>	Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
<input type="checkbox"/>	Korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. z 20.06.1977 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz.U. z 2005 R., Nr 108, poz. 908) <i>Karta parkingowa</i>
<input type="checkbox"/>	Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
<input type="checkbox"/>	Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
<input type="checkbox"/>	Uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
<input type="checkbox"/>	Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
<input type="checkbox"/>	Uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
<input type="checkbox"/>	Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów

Inne-wymienić jakich: np. korzystanie z rehabilitacji

DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ:

Zaznaczyć X

STAN CYWILNY:	<i>kawaler / panna</i>	
	<i>żonaty / zamężna</i>	
	<i>separowany / separowana</i>	
	<i>wdowiec / wdowa</i>	
	<i>rozwidziony / rozwiedziona</i>	
WYKONYWANIE CZYNNOŚCI SAMOOSŁUGOWYCH	<i>samodzielnie</i>	
	<i>z pomocą</i>	
	<i>opieka</i>	
PORUSZANIE SIĘ	<i>samodzielnie</i>	
	<i>z pomocą</i>	
	<i>opieka</i>	
PROWADZENIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO	<i>samodzielnie</i>	
	<i>z pomocą</i>	
	<i>opieka</i>	
WYKSZTAŁCENIE	<i>wyższe</i>	
	<i>średnie</i>	
	<i>zasadnicze</i>	
	<i>podstawowe</i>	
	<i>podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego</i>	
ZAWÓD WYUCZONY		
CZY AKTUALNIE WYKONUJE PRACĘ ?		
ZAWÓD WYKONYWANY		

OŚWIADCZENIA:

Zaznaczyć X

CZY POBIERA ŚWIADCZENIE RENTOWE ?			
NAZWA POBIERANEGO ŚWIADCZENIA RENTOWEGO	renta szkoleniowa		
	renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy		
	renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy		
	renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i do samodzielnej egzystencji		
	renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy		
	renta rolnicza szkoleniowa		
	wojskowa renta inwalidzka		
	policyjna renta inwalidzka		
	renta inwalidzka z powodu inwalidztwa I gr		
	renta inwalidzka z powodu inwalidztwa II gr		
	renta inwalidzka z powodu inwalidztwa III gr		
	CZY OSOBA BYŁA / JEST ZALICZONA DO STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ?	była	
		jest	

CZY ZE WZGLĘDU NA STAN ZDROWIA, ZAINTERESOWANY (A) może POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJĄCEGO?	PRZYBYĆ NA	
	Zaznaczyć X	
CZY ZE WZGLĘDU NA STAN ZDROWIA, ZAINTERESOWANY (A) nie może POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJĄCEGO?	PRZYBYĆ NA	
	Zaznaczyć X	

Wniosek składał ze względu na:

	Zaznaczyć X
Pierwszy wniosek	
Zmiana stanu zdrowia w trakcie ważności dotychczasowego orzeczenia	
Ponowne wydanie orzeczenia po upływie ważności dotychczasowego	

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I PRAWNYM ORAZ JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE LUB ZATAJENIE PRAWDY.

....., dnia

.....
(podpis z imienia i nazwiska osoby zainteresowanej)**INFORMACJE DODATKOWE:**

- składając wniosek należy okazać **dokument potwierdzający tożsamość** osoby zainteresowanej, wymieniony we wniosku,
- do wniosku dołącza się **dokumentację medyczną** i inne dokumenty medyczne mogące mieć wpływ na ustalenie wskazań do ulg i uprawnień (*przyjmujemy wyłącznie kserokopie tych dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem przez placówkę służby zdrowia lub należy okazać oryginały przy składaniu wniosku*),
- jeżeli wniosek składa opiekun prawny, to należy załączyć **postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego**,
- właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca pobytu** w przypadku osób:
 - bezdomnych,
 - przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych,
 - przebywających w zakładach karnych i poprawczych,
 - przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.
- właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca stałego pobytu** w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych.
- Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informujemy, że Administratorem Twoich danych osobowych jest Przewodniczący Powiatowego Zespołu do spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Tomaszowie Mazowieckim. Siedzibą Zespołu jest Tomaszów Mazowiecki 97-200 ul. Św. Antoniego 41. Kontakt jest możliwy za pomocą telefonu: 44-724-21-27 wew. 410; adres e-mail: orzekanie@powiat-tomaszowski.pl.
- Podanie przez Ciebie danych osobowych jest warunkiem prowadzenia sprawy w Powiatowym Zespole do spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Tomaszowie Mazowieckim.

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Miejscowość

Data

Uwaga! Zaświadczenie ważne jest przez 30 dni od daty wypełnienia przez lekarza

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres

zamieszkania

Numer i seria dowodu osobistego

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej
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
4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy); dalsze leczenie i rehabilitacja
5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualnie potrzeby w tym zakresie
6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)
7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych załączonych do zaświadczenia

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie ?

(data)

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ?

(data)

Od kiedy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta ?

W/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji

TAK/Nie *

W/w Pan/i jest trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

TAK/NIE *

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić

Prosimy o wypełnienie kwestionariusza !**KWESTIONARIUSZ**

do sporządzenia oceny funkcjonowania społecznego oraz zakresu niezbędnej opieki i pomocy dla potrzeb orzekania o stopniu niepełnosprawności

I. DANE OSOBOWE

1. Imię i nazwisko
2. Data urodzenia
3. Adres zamieszkania lub pobytu
4. Numer i seria dow. osobistego

II. PODSTAWOWE PROBLEMY ZDROWOTNE

.....

III. SYTUACJA RODZINNA

1. Stan cywilny
2. Liczba dzieci i ich wiek
3. Wydolność opiekuńcza rodziny, osób bliskich (*np. rodzina pełna, rozbita, zrekonstruowana, adopcyjna, zastępcza – jeśli tak, to od kiedy, inne*)

IV. SYTUACJA MIESZKANIOWA

(np. bloki kamienica, domek jednorodzinny, inne – jakie?) proszę podać.....

ilość pokoi (nie licząc kuchni) które piętro.....

Czy w budynku jest winda a) tak b) nie

Czy w mieszkaniu znajduje się: - łazienka a) tak b) nie

- wc a) tak b) nie

- kuchnia a) tak b) nie

- gaz a) tak b) nie

- bieżąca woda a) tak b) nie

- ogrzewanie a) tak b) nie

jakie?.....

Czy mieszkanie jest przystosowane do potrzeb rodziny wynikających z naruszonej sprawności organizmu osoby orzekanej ? a) tak b) nie

Jeśli nie, to dlaczego?.....

Liczba osób wspólnie zamieszkujących

Posiadanie oddzielnego pokoju przez osobę orzekaną

V. SPOSÓB ZABEZPIECZENIA SYTUACJI BYTOWEJ WŁASNEJ I RODZINY

Z czego utrzymuje się rodzina? – wynagrodzenie za pracę, renta, emerytura, zasiłek inne (wymienić jakie są źródła utrzymania, krótko opisać sytuację materialną swoją i rodziny)

.....

VI. ZDOLNOŚĆ DO WYKONYWANIA CZYNNOŚCI W ZAKRESIE SAMOOBŚLUGI

Ocena samodzielności i zależności od innych w wykonywaniu czynności samoobsługowych

Rodzaj czynności	Zdolność do wykonywania czynności
UTRZYMYWANIE CIAŁA W CZYSTOŚCI	
mycie przy umywalce lub miednicy	
kąpiel w wannie (wejście i wyjście z wanny)	
branie prysznica	
mycie włosów	
czesanie się	
toaleta jamy ustnej	
obcinanie paznokci	
golenie się	
inne, nie wymienione wyżej wskazać jakie.....	
ZAŁATWIANIE POTRZEB FIZJOLOGICZNYCH	
kontrola/brak kontroli nad czynnościami wydalniczymi	
dojście do toalety i powrót	
inne, nie wymienione wyżej wskazać jakie.....	
UBIERANIE SIĘ I ROZBIERANIE	
przygotowanie ubrań (np. wyjęcie z szafy, ułożenie) z uwzględnieniem do warunków pogodowych	
nałożenie ubrania	
zapinanie guzików	
zakładanie i sznurowanie butów	
zdejście ubrania	
inne, nie wymienione wyżej wskazać jakie.....	
ODŻYWIANIE	
sięganie po jedzenie	
wkładanie pokarmu do ust	
posługiwanie się sztućcami	
przygotowanie posiłków	
przyjmowanie leków	
inne, nie wymienione wyżej wskazać jakie.....	

Stopień samodzielności:

s – wykonywanie czynności w pełni samodzielne

p – konieczna pomoc częściowa lub okresowa ze strony innych osób w wykonywaniu czynności

u – pełne uzależnienie od innych osób - konieczność całkowitej opieki

VII. Zdolność do poruszania się.

Ocena samodzielności i zależności od innych w poruszaniu się

Poruszanie się	Zdolność do wykonywania czynności
wstawanie z łóżka i powrót do niego	
siadanie	
chodzenie w obrębie mieszkania	
chodzenie po schodach	
opuszczanie mieszkania i powrót do niego	
korzystanie ze środków komunikacji	
przemieszczanie się poza miejsce zamieszkania	
inne, nie wymienione wyżej wskazać jakie.....	

Stopień samodzielności:

s – wykonywanie czynności w pełni samodzielne

p – konieczna pomoc częściowa lub okresowa ze strony innych osób w wykonywaniu czynności

u – pełne uzależnienie od innych osób - konieczność całkowitej opieki

poruszanie się						
samodzielnie bez oprzyrządowania	samodzielnie po oprotezowaniu	z laską	przy pomocy kul	z balkonikiem	na wózku inwalidzkim	z przewodnikiem

* właściwe zakresł krzyżykiem X

VIII. Zdolność do prowadzenia gospodarstwa domowego.

Ocena samodzielności i zależności od innych w prowadzeniu gospodarstwa domowego

Rodzaj czynności	Zdolność do wykonywania czynności
sprzątanie	
robienie gruntownych porządków (mycie okien, zawieszanie zasłon, mycie podłóg, itp.)	
ogrzewanie mieszkania	
pranie	
prasowanie	
gotowanie	
zmywanie	
reperacja garderoby	
zmienianie pościeli	
robienie zakupów	
planowanie budżetu domowego	
dbanie o własność osobistą i bezpieczeństwo domowe	
inne, nie wymienione wyżej wskazać jakie.....	

Stopień samodzielności:

s – wykonywanie czynności w pełni samodzielne

p – konieczna pomoc częściowa lub okresowa ze strony innych osób w wykonywaniu czynności

u – pełne uzależnienie od innych osób - konieczność całkowitej opieki

IX. Zdolność do komunikowania się z otoczeniem np. mówienie prostymi zdaniami, pełnymi zdaniami, pojedynczymi słowami, niezrozumiale, niewyraźnie, po swojemu, jąkanie się, nie mówi, nie rozumie mowy, nie spełnia poleceń, porozumiewa się gestem, posługuje się językiem migowym, inne np. za pomocą komputera itp.)

.....

.....

.....

i ewentualny rodzaj i zakres ograniczeń tej zdolności (z uwzględnieniem zaburzeń w zakresie: realizacji mowy, rozumieniu mowy i percepcji mowy)

.....

.....

Proszę w formie opisowej wymienić inne problemy związane z komunikowaniem się z otoczeniem:

- kłopoty ze słuchem (jeżeli tak, to na czym one polegają?)

.....
.....

- kłopoty z pamięcią (jeżeli tak, to na czym one polegają?)

.....
.....

X. Zdolność do uczestnictwa w życiu społecznym poprzez pełnienie ról społecznych (z uwzględnieniem umiejętności nawiązywania i utrzymywania kontaktów interpersonalnych, rozwiązywania codziennych problemów, podejmowania decyzji dotyczących własnej osoby).....

.....

.....

i ewentualne ograniczenia w realizowaniu tych zdolności.....

.....

XI. Charakterystyka zdolności do udzielania wsparcia przez środowisko społeczne, instytucje

Czy korzysta Pan(i) z pomocy innych osób i instytucji (np. rodziny, znajomych, sąsiadów, organizacji społecznych, ośrodka pomocy społecznej) TAK NIE

Jeżeli tak, to kto udziela pomocy?

Rodzaj tej pomocy (finansowa, żywnościowa, usługowa, rzeczowa itp.).....

Czy potrzebna jest dodatkowa pomoc? TAK NIE

Jeżeli tak, to w jakiej formie i kto miałby jej udzielać?.....

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe.

.....
(miejscowość i data)

.....
(Podpis z imienia i nazwiska
sporządzającego kwestionariusz)

Pouczenie :

W celu uzupełnienia dokumentacji, prosimy o wypełnienie kwestionariusza, który będzie podstawą do dokonania oceny Pana(i) sytuacji społecznej przez pracownika socjalnego – członka składu orzekającego.

Wypełniony kwestionariusz prosimy dostarczyć do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Tomaszowie Mazowieckim.

Obowiązek informacyjny

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej Rozporządzenie) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół do spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Tomaszowie Mazowieckim. Siedzibą Zespołu jest Tomaszów Mazowiecki 97-200 ul. Świętego Antoniego 41.
Kontakt jest możliwy za pomocą telefonu: 44 724-21-27 wew. 410; adres e-mail: orzekanie@powiat-tomaszowski.pl
2. W sprawach związanych z danymi osobowymi należy kontaktować się z Inspektorem ochrony danych adres e-mail: iod@powiat-tomaszowski.pl
3. Dane osobowe w dokumentach składanych w Powiatowym Zespole do spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Tomaszowie Mazowieckim przetwarzane będą w celu realizacji czynności urzędowych należących do właściwości rzeczowej i miejscowej Powiatowego Zespołu do spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Tomaszowie Mazowieckim, a także kierowania do właściwych podmiotów spraw nienależących do właściwości rzeczowej lub miejscowej PZON. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazanego powyżej celu, a także przez wymagany przepisami prawa okres archiwizacji zgodny z odpowiednią kategorią archiwalną, wynikającą z przepisów prawa. Więcej informacji znajdzie Pani /Pan w Punkcie Obsługi Klienta albo u pracownika zajmującego się sprawą.
4. W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym powyżej, dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców. Odbiorcami danych mogą być:
 - 4.1. podmioty upoważnione do odbioru danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa ,w szczególności w przypadku złożenia odwołania Wojewódzki Zespół do spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Łodzi i Sądy Powszechnie .
 - 4.2. podmioty, które przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające).
5. W związku z przetwarzaniem przez Administratora danych osobowych przysługuje Pani/Panu:
 - 5.1. prawo dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 Rozporządzenia;
 - 5.2. prawo do sprostowania danych, na podstawie art. 16 Rozporządzenia;
6. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznasz, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia.
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem prowadzenia sprawy w Powiatowym Zespole do spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Tomaszowie Maz..
8. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

