

Liczba osób zamieszkujących razem:
(należy podać liczbę osób wspólnie prowadzących gospodarstwo domowe, nie wliczając osoby zainteresowanej)

Źródła dochodu:* wynagrodzenie, na utrzymaniu rodziny, pomoc społeczna,
 zasiłek dla bezrobotnych, emerytura/renta, brak, inne:

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:⁸

| | samodzielnie | z pomocą | pod opieką |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Wykonywanie czynności samoobsługowych | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Poruszanie się | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prowadzenie gospodarstwa domowego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego⁹: nie tak, jeśli tak, wymienić:

Sytuacja zawodowa:

- ✓ wykształcenie:
- ✓ zawód wyuczony.....
- ✓ aktywność zawodowa:¹⁰
- aktywny zawodowo, bezrobotny, uczeń/student, emeryt/rencista, nieaktywny zawodowo
- ✓ staż pracy:
(należy podać ogólny staż pracy przez cały okres zatrudnienia)
- ✓ zawód aktualnie wykonywany:
- ✓ doświadczenie zawodowe (wymieniść zajmowane stanowiska pracy)

Oświadczenia:

1. **Nie pobieram/** **Pobieram**¹¹ następujące świadczenia z ubezpieczenia społecznego:
 emerytura, renta rodzinna, świadczenie rehabilitacyjne, świadczenie rentowe (nazwa i rodzaj świadczenia rentowego ¹²).....
inne (jakie?)
2. **Nie składałem/am/** **Składałem /am**¹³ uprzednio wnioski w sprawie wydania orzeczenia przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności w dniur.
 Nie posiadam/ **Posiadam**¹⁴ orzeczenie o stopniu Niepełnosprawności, wydane w dniu r., ważne do dniar.
3. **Mogę samodzielnie i/lub z opiekunem/** **Nie mogę**¹⁵ przybyć na posiedzenie składu orzekającego (jeśli nie, należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby i skalę Barthele).
4. Aktualnie **toczy / nie toczy**¹⁶ się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznym (np. ZUS, KRUS, Sąd Pracy, Wojewódzkim Zespołem) podać jakim.....
5. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o niepełnosprawności, przewodniczący powiatowego zespołu zawiadamia na piśmie osobę zainteresowaną o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji

⁸⁻¹¹ Właściwie zaznaczyć krzyżykiem

¹² Rodzaj świadczeń rentowych: renta szkoleniowa, renta z tytułu częściowe, całkowitej niezdolności do pracy i/lub samodzielnej egzystencji, renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy, renta rolnicza szkoleniowa, wojskowa/ policyjna renta inwalidzka, renta inwalidzka z powodu inwalidztwa I, II, III grupy

¹³⁻¹⁵ Właściwie zaznaczyć krzyżykiem

¹⁶ Niewłaściwie skreślić

z pouczeniem, że niezuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.

6. W razie stwierdzonej przez skład orzekający konieczności wykonania dodatkowych, bezpłatnych badań specjalistycznych, w tym psychologicznych w Wojewódzkim Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie (w chwili, gdy dokumentacja medyczna jest niewystarczająca do pełnej oceny stanu mojego zdrowia) jestem świadomy/a wymogu ich wykonania oraz ponoszenia kosztów dojazdu we własnym zakresie.

7. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie (art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego).

8. 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.

9. Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Suchoj Beskidzkiej w celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności zgodnie z rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Załączniki:

1. *Dokumentacja medyczna*
2. *Zaświadczenie lekarskie 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.*
3. *Kopie posiadanych orzeczeń.*
4. *Inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności (wymienić):*

.....
Oświadczam, że **wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody** ¹⁷ na poinformowanie mnie o terminie posiedzenia składu orzekającego w terminie krótszym niż 7 dni.

Podpis osoby składającej wniosek ¹⁸

.....
UWAGA: W przypadku składania wniosku przez osobę między 16 a 18 rokiem życia wymagane są dwa podpisy tj. osoby zainteresowanej i jej opiekuna.

.....
Podpis osoby zainteresowanej

i

.....
Przedstawiciela ustawowego

Dotyczy wniosków składanych za pośrednictwem Instytucji Pomocy Społecznej

Oświadczam, że wyrażam zgodę na złożenie wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności przez.....

.....
podpis pracownika socjalnego

.....
podpis osoby zainteresowanej i/lub przedstawiciela ustawowego

¹⁷ *Niewłaściwe skreślić*

¹⁸ *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 przedstawicielaustawowego*

INFORMACJA DOTYCZĄCA WYPEŁNIANIA WNIOSKÓW O ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

I. WNIOSK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- wypełnia osoba zainteresowana
- wniosek czytelnie (z imienia i nazwiska) podpisuje osoba zainteresowana lub jej przedstawiciel ustawowy (w przypadku małoletniego wnioskodawcy) bądź opiekun prawny / pełnomocnik

II. ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

- wypełnia lekarz rodzinny lub lekarz specjalista, pod opieką którego osoba znajduje się
- jest **ważne 30 dni** od daty wystawienia do chwili złożenia w Zespole
- musi posiadać pieczętki: nagłówkową Zakładu Opieki Zdrowotnej lub Praktyki Lekarskiej i lekarza wystawiającego zaświadczenie
- do zaświadczenia należy załączyć
 1. Ksero potwierdzonej za zgodność z oryginałem dokumentacji medycznej- zgodnie z § 6.2. rozporządzenia MGPIPS z dnia 15 lipca 2003 w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności z późn. zm. (*potwierdzone pieczętką „za zgodność z oryginałem” lub oryginały do wglądu*)
 - a. Kserokopie kart informacyjnych leczenia szpitalnego,
 - b. Wyniki badań diagnostycznych,
 - c. Orzeczenia o potrzebie kształcenia indywidualnego lub specjalnego,
 - d. Opinie lekarskie
 - e. Ksero kartoteki z Poradni Rejonowej oraz z Poradni Specjalistycznej,
 - f. Inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności, a zwłaszcza okresu jej powstania

DOKUMENTY PROSZĘ PRZYGOTOWAĆ CHRONOLOGICZNIE, UŁOŻYĆ WEDŁUG DATY. ORYGINAŁY NALEŻY PRZEDŁOŻYĆ DO WGLĄDU

Jeżeli nie ma możliwości stwierdzenia dokumentacji medycznej pieczętką „za zgodność z oryginałem”, proszę dostarczyć oryginalną dokumentację wraz z kserokopią ww. dokumentacji

- **BADANIE PSYCHOLOGICZNE** z ostatnich dwóch lat – w przypadku występowania zaburzeń psychicznych, upośledzenia umysłowego i inne

III. INFORMACJA O UCZNIU dotyczy dzieci uczęszczających do szkoły

- wypełnia pedagog szkolny lub wychowawca klasy

Osoby posiadające orzeczenie o (stopniu) niepełnosprawności lub inne (ZUS, KIZ, KRUS) zobowiązane są dołączyć **kserokopie** tych **orzeczeń** do wniosku.

Osoby posiadające ważne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane na czas określony, wniosek o ponowne orzeczenie mogą złożyć **nie wcześniej niż 30 dni** przed upływem ważności orzeczenia (wnioski złożone przed podanym terminem zostaną odesłane do wnioskodawcy)

Osoba składająca wniosek powinna okazać dowód osobisty wnioskodawcy

Wniosek wraz z dokumentacją należy złożyć **OSOBIŚCIE** w Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Suchej Beskidzkiej, ul. Mickiewicza 31. Istnieje możliwość pisemnego upoważnienia innej osoby do złożenia wniosku. Osoba upoważniona, oprócz dokumentów, o których mowa wyżej, winna okazać swój dokument tożsamości.

GODZINY PRZYJĘĆ: Poniedziałek- Piątek 7.00-15.00, pokój nr 10

Dodatkowe informacje można uzyskać pod numerem tel. **033 873-20-63** lub na stronie internetowej **www.pcpr.sucha.beskidzka.pl**

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

1. *Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Suchej Beskidzkiej, przy ul. Kościelna 5b.*
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować pisemnie na adres e-mail: *info@pcpr.suchabeskidzka.pl* lub telef. 33/874 40 31.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Suchej Beskidzkiej - na podstawie art 6 ust. 1 lit c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., na podstawie art 9 ust. 2 lit g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz art 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2018 r., poz. 511).
4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z rzeczowym wykazem akt.
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (**jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody*), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, Prezesa 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 Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie nierozpatrzenie wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności/ o stopniu niepełnosprawności.

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z treścią klauzuli informacyjnej.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis)