

Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

(dla osób powyżej 16-go roku życia)

Miejscowość.....Data.....

Nr sprawy.....

Imię i Nazwisko

Nr PESEL

Seria i numer dokumentu (dowód osobisty/paszport/legitymacja*)

Data urodzenia Miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Adres do korespondencji

Nr telefonu

****Imię i Nazwisko przedstawiciela ustawowego**

****Nr PESEL przedstawiciela ustawowego**

****Seria i nr dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość**.....

****Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego**

(*) w przypadku osób poniżej 18 roku życia należy wpisać nr legitymacji szkolnej

(**) wypełniać tylko w przypadku osób ubezwłasnowolnionych lub niepełnoletnich

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Pruszczu Gdańskim

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów * :**

1. Odpowiedniego zatrudnienia
2. Zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej
3. Szkolenia, w tym specjalistycznego
4. Uczestnictwa w terapii zajęciowej
5. Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne
6. Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
7. Konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji
8. Konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji
9. Spełniania przesłanek określonych w art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997r. Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1251 z późn. zm.)
10. Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
11. Inne (jakie?)

*** właściwe zaznaczyć

Uzasadnienie wniosku :

1. Sytuacja społeczna i zawodowa osoby zainteresowanej (właściwe zaznaczyć)

Stan cywilny: ☐ kawaler/panna, ☐ żonaty /mężatka, ☐ rozwiedziony/rozwiedziona ☐ wdowiec/wdowa

Wykształcenie: ☐ niepełne podstawowe ☐ podstawowe ☐ zasadnicze zawodowe ☐ średnie ☐ wyższe

2. Zawód wyuczony

3. Obecne zatrudnienie/Stanowisko

4. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania :

Samodzielnie

Z pomocą

Opieka

a. Wykonywanie czynności samoobsługowych :

☐☐☐

b. Poruszanie się w środowisku :

☐☐☐

c. Prowadzenie gospodarstwa domowego :

☐☐☐

5. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego (jakiego) :

Oświadczam, że :

1. POBIERANO / NIE POBIERANO*** świadczenia z ubezpieczenia społecznego (ZUS, KRUS):

Jakie Od kiedy

2. SKŁADANO / NIE SKŁADANO*** wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności :

kiedy....., orzeczenie nr
z jakim skutkiem

3. MOGĘ / NIE MOGĘ*** samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego (jeżeli nie, to należy załączyć dodatkowe zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby).

4. 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 świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

5. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu pobytu do momentu zakończenia postępowania w sprawie.

Do wniosku załączam zaświadczenie lekarskie i kserokopie posiadanej dokumentacji medycznej dotyczące stanu zdrowia.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Oświadczam, że zgodnie z §19 pkt 3 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 oraz art. 36 KPA Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Pruszcze Gdańskim zawiadomił mnie, że złożony wniosek nie może być rozpatrzony w terminie ustawowym tj. w ciągu miesiąca gdyż rozpoznanie spraw ograniczone jest ilością posiedzeń składów orzekających w Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Pruszcze Gdańskim. W związku z powyższym wniosek mój zostanie rozpatrzony wg kolejności wpływu w terminie nie dłuższym niż 7 miesięcy od daty złożenia kompletnego wniosku do siedziby Zespołu. O konkretnym terminie komisji Zespół zobowiązał się poinformować mnie odrębnym pismem.

.....
Podpis osoby zainteresowanej (w przypadku osoby

niepełnoletniej podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

*** właściwe zaznaczyć

Zgoda na przetwarzanie dodatkowych danych osobowych

Zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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 ustawą o ochronie danych osobowych, **wyrażam zgodę** na podanie mojego numeru telefonu w celu ułatwienia kontaktowania się Zespołu ze mną w sytuacjach, gdy jest to niezbędne. Podanie numeru jest świadomie wyrażoną i dobrowolną zgodą.

Nr telefonu [[[[[[[[]

Podpis osoby zainteresowanej (w przypadku osoby niepełnoletniej podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

Klauzula informacyjna dla klientów Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Pruszczu Gdańskim.

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych) przysługują Pani/Panu określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Pruszczu Gdańskim.

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowy Zespół o Spraw Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Pruszczu Gdańskim, ul. Mariana Raciborskiego 2a, e-mail: orzecznictwo@pcpr.powiat-gdanski.pl.
2. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych: iod@pcpr.powiat-gdanski.pl lub listownie na adres administratora danych.
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest wydawanie orzeczeń o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności oraz kart parkingowych i legitymacji.
4. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych.
5. Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenie z dnia 27 kwietnia 2016 roku o ochronie danych osobowych, w oparciu o:
 - a) Ustawę z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
 - b) Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2014 roku w sprawie wzoru oraz trybu wydawania i zwrotu kart parkingowych.
6. Pana/i dane osobowe nie będą udostępniane odbiorcom w rozumieniu art. 4 pkt 9 RODO.
7. Ma Pan/i prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania. Prawo do usunięcia danych, ograniczenia ich przetwarzania oraz wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania przysługuje Panu/i w przypadku danych przetwarzanych bezpodstawnie.
8. Ma Pan/i prawo wniesienia skargi do polskiego organu nadzorczego lub organu nadzorczego innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej, właściwego ze względu na miejsce Pana/i pobytu.
9. Pana/i dane nie będą podlegały profilowaniu w rozumieniu art. 22 RODO.

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią powyższej klauzuli informacyjnej.

Podpis osoby zainteresowanej (w przypadku osoby niepełnoletniej podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

*** właściwe zaznaczyć