

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

*Po raz pierwszy

*Upływa termin ważności wydanego orzeczenia

*Zmiana stanu zdrowia

Nr sprawy: ZOON-I-40110/.....

Nr kolejny.....

DANE OSOBOWE OSOBY ZAINTERESOWANEJ:

Imię pierwsze _____ Imię drugie _____

Nazwisko _____

Data i miejsce urodzenia _____ Nr PESEL _____

Rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości _____

Adres zameldowania _____

Adres pobytu (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania) _____

Telefony kontaktowe _____

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

Imię pierwsze _____ Imię drugie _____

Nazwisko _____

Data i miejsce urodzenia _____ Nr PESEL _____

Rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości _____

Adres zameldowania _____

Adres pobytu (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania) _____

Telefony kontaktowe _____

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

- 1) odpowiedniego zatrudnienia,
- 2) szkolenia,
- 3) uczestnictwa w terapii zajęciowej,
- 4) konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- 5) korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,
- 6) korzystania z karty parkingowej,
- 7) korzystania ze świadczeń pomocy społecznej,
- 8) uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
- 9) uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
- 10) zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
- 11) uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
- 12) korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów,
- 13) innych (wymienić jakich)

Celem podstawowym jest (wybrać z pkt. 1-13)

Mogę / nie mogę* przybyć na posiedzenie składu orzekającego – z powodu?

.....

DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ:

Stan cywilny _____

Wykonywanie czynności samoobsługowych: samodzielnie / z pomocą / opieka*
Poruszanie się: samodzielnie / z pomocą / opieka*
Prowadzenie gospodarstwa domowego: samodzielnie / z pomocą / opieka*

Wykształcenie: wyższe / średnie / zasadnicze / podstawowe / podstawowe nieukończone / bez wykształcenia*

Zawód wyuczony: _____

Obecne miejsce zatrudnienia (nauki) _____

Zawód wykonywany _____

** Władza rodzicielska przysługuje (właściwe podkreślić):

- obojgu rodzicom: w pełni, ograniczona (podać zakres)
- matce: w pełni, ograniczona (podać zakres)
- ojcu: w pełni, ograniczona
- inne (wskazać)

OŚWIADCZENIA:

Aktualnie pobieram świadczenia rentowe? TAK/NIE*

Świadczenia rentowe wypłaca: KRUS, ZUS, MON, MSWiA*

Posiadam (nie posiadam) ważne orzeczenie o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności
wydane do dnia _____

W załączeniu przedkładam:

1. zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego ważne 3 miesiące od daty wystawienia.
2. kserokopię posiadanej dokumentacji medycznej, tj. karty informacyjne leczenia szpitalnego, badania specjalistyczne, konsultacje, wnioski opisowe badań RTG, EKG, EEG, TK, MR, USG i inne dokumenty medyczne.
3. kserokopię świadectwa ukończenia szkoły, ukończenia kursów, szkoleń (tylko wtedy gdy celem składanego wniosku jest odpowiednie zatrudnienie).
4. kserokopię posiadanych orzeczeń wydanych przez PZOON.
5. kserokopię posiadanych orzeczeń wydanych przez KRUS, ZUS, MSWiA i inne.
6. zaświadczenie potwierdzające stałe miejsce zameldowania.

*właściwe podkreślić

** dotyczy osób do 18 roku życia

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

Miejscowość _____

Data _____

stempel zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb powiatowego zespołu do spraw orzekania
o niepełnosprawności ważne 3 miesiące od daty wystawienia

Imię i nazwisko _____

Data i miejsce urodzenia _____

Adres zamieszkania _____

Seria i numer dowodu osobistego (paszportu) _____

PESEL _____

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego - początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja - rodzaje; czas trwania; pobyty w szpitalu sanatorium

.....

.....

.....

5. Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy) dalsze leczenie i rehabilitacja:

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

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie

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

7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? /data/.....

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną /data/

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

TAK/NIE*

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

W/w Pan/i jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw
orzekania o stopniu niepełnosprawności. TAK/NIE*

U w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia **

TAK/NIE*

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić

** dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie

Adnotacja zakładu pracy chronionej

Zakład pracy chronionej przejmuje odpowiedzialność za uzupełnienie koniecznej do oceny stanu zdrowia
orzeczanego dokumentacji medycznej

.....
pieczętka zakładu pracy chronionej

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

KLAUZULA INFORMACYJNA DLA OSÓB KORZYSTAJĄCYCH Z USŁUG POWIATOWEGO ZESPOŁU ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W KONINIE

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia 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 (RODO), przekazujemy następujące informacje:

1. Administrator danych osobowych

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół Orzekania o Niepełnosprawności w Koninie (PZOON) z siedzibą przy ul. Hurtowa 1, 62-510 Konin, tel. 63 243 03 09, e-mail: orzekanie@pcpr.konin.pl.

2. Inspektor Ochrony Danych

W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: inspektor.ochrony@pcpr.konin.pl lub telefonicznie: 63 243 03 06.

3. Cele i podstawy prawne przetwarzania danych

Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z:

- o zgodnie z ustawą z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym i z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- o ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach. Podstawą prawną przetwarzania jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO. W przypadku danych przetwarzanych na podstawie zgody podstawą prawną jest art. 6 ust. 1 lit. a RODO.

4. Okres przechowywania danych

Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji powyższych celów oraz zgodnie z przepisami dotyczącymi archiwizacji dokumentów obowiązującymi w PZOON w Koninie.

5. Prawa osoby, której dane dotyczą

Przysługuje Pani/Panu prawo do:

- o dostępu do swoich danych osobowych,
- o sprostowania danych,
- o usunięcia danych lub ograniczenia ich przetwarzania,
- o przenoszenia danych (w przypadkach przewidzianych w RODO),
- o wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
- o cofnięcia zgody na przetwarzanie (dla danych przetwarzanych na podstawie zgody), bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania przed jej cofnięciem. Niektóre z tych praw mogą podlegać ograniczeniom wynikającym z przepisów prawa.

6. Prawo do skargi

W przypadku uznania, że przetwarzanie Pani/Pana danych narusza przepisy RODO, przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa.

7. Obowiązek podania danych

Podanie danych osobowych wymaganych przepisami prawa jest obowiązkowe. Niepodanie danych może skutkować brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku. Dane przetwarzane na podstawie zgody podawane są dobrowolnie.

8. Odbiorcy danych

Pani/Pana dane mogą zostać przekazane podmiotom współpracującym z PZOON na podstawie umów powierzenia przetwarzania danych oraz organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

9. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższą klauzulą informacyjną i jest ona dla mnie zrozumiała:

Data i podpis:

.....