

Powiatowy Zespół do
Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności
w Tychach
WNIOSK
o wydanie orzeczenia
o wskazaniach do ulg i uprawnień

wypełniają pracownicy PZON w Tychach

Braki	wniosek kompletny <input type="checkbox"/> braki <input type="checkbox"/>	sprawdzono poprawność danych z dowodem tożsamości <input type="checkbox"/>
	nr w sprawie w archiwum podpis pracownika

Uwaga: Należy wypełniać czytelnie pismem maszynowym lub odręcznie - drukowanymi literami

1. DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ

1.1	Nazwisko	1.2	Imię
1.3	Data urodzenia	1.4	Miejsce urodzenia
1.5	wiek		
1.6	Adres miejsca zamieszkania/pobytu		
	Miejscowość	Kod pocztowy	Gmina
	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
	Adres do korespondencji osoby wnioskującej (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż podany wyżej)		Telefon
1.7	Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> legitymacja szkolna <input type="checkbox"/> inne	1.8	Seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość
		1.9	PESEL

2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (wypełniają opiekunowie osób niepełnoletnich lub ubezwłasnowolnionych)

2.1	Nazwisko i imię
2.2	Adres,
2.3	Numer i seria dokumentu tożsamości
2.4	PESEL

3. CEL

3.1	Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień dla celów:	
	<input type="checkbox"/> odpowiedniego zatrudnienia; <input type="checkbox"/> szkolenia, w tym specjalistycznego; <input type="checkbox"/> uczestnictwa w terapii zajęciowej; <input type="checkbox"/> zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne; <input type="checkbox"/> korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji;	<input type="checkbox"/> uzyskania zasiłku stałego; <input type="checkbox"/> uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego; <input type="checkbox"/> korzystania z karty parkingowej; <input type="checkbox"/> określenia prawa do zamieszkania w oddzielnym pokoju; <input type="checkbox"/> uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego; <input type="checkbox"/> inne, jakie:.....
3.2	Cel główny: /wskazać tylko jeden z powyższych/	

4. POSIADAM (wypełnić właściwy punkt):

4.1	orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w wydanego dnia.....na okres..... (<input type="checkbox"/> na trwałe) o: <input type="checkbox"/> częściowej niezdolności do pracy <input type="checkbox"/> całkowitej niezdolności do pracy <input type="checkbox"/> niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> niezdolności do samodzielnej egzystencji
4.2	orzeczenie Komisji do Spraw Inwalidztwa i Zatrudnienia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w..... wydanego dnia.....na okres.....(<input type="checkbox"/> na trwałe) o zaliczeniu do <input type="checkbox"/> I grupy inwalidzkiej <input type="checkbox"/> II grupy inwalidzkiej <input type="checkbox"/> III grupy inwalidzkiej
4.3	orzeczenie lekarza rzeczoznawcy Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w..... wydanego dnia..... na okres(<input type="checkbox"/> na trwałe) o: <input type="checkbox"/> stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym z prawem do zasiłku pielęgnacyjnego <input type="checkbox"/> stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym bez prawa do zasiłku pielęgnacyjnego.

5. SYTUACJA ZAWODOWA:	
5.4	Wykształcenie zawód wyuczony.....
5.5	Obecne zatrudnienie: <input type="checkbox"/> NIE zawód ostatnio wykonywany <input type="checkbox"/> TAK otwarty rynek pracy / zakład pracy chronionej / zakład aktywności zawodowej / inne* <small>(*właściwe podkreślić)</small> zawód wykonywany..... lata pracy w obecnym zawodzie.....
6. W ZAŁĄCZENIU DO WNIOSKU PRZEDKŁADAM:	
6.1	Posiadane orzeczenie / wypis z treści orzeczenia- kserokopia <i>(oryginał należy przedłożyć do wglądu)</i>
6.2	Dokumentację medyczną
6.3	Inne dokumenty (podać jakie)

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY(A) ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.

Miejsce na dodatkowe oświadczenia strony *(wypełnić w razie potrzeby uzupełnienia informacji we wniosku)*

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

_____ podpis

.....
Data wypełnienia wniosku

.....
Czytelny podpis osoby wnioskującej
(lub jej przedstawiciela ustawowego / pełnomocnika)

Klauzula informacyjna RODO

Dane na wniosku przetwarzane są przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Tychach w celu rozpatrzenia wniosku i wydania orzeczenia na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Obowiązek podania danych wynika z powyższych przepisów, w zakresie adresu e-mail i nr telefonu podanie danych jest dobrowolne.

Wydane orzeczenia oraz dokumentacja związana z przeprowadzonym postępowaniem przetwarzane są przez 50 lat. Do danych przetwarzanych w związku z wydawaniem orzeczenia mogą mieć dostęp inne podmioty upoważnione z tytułu przepisów prawa, w szczególności inne Zespoły ds. Orzekania o Niepełnosprawności, oraz Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w ramach administrowania Elektronicznym Krajowym Systemem Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności.

Każda osoba posiada prawo do uzyskania dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a w przypadku nieprawidłowego przetwarzania do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Kontakt do wyznaczonego inspektora ochrony danych to iodo@pzon-tychy.pl

GODZINY PRZYJĘĆ :	poniedziałek - środa	od 8 ⁰⁰	do 14 ⁰⁰	Adres Zespołu: ul. Budowlanych 59 43-100 Tychy
Punkt Obsługi Klienta pok. 139	czwartek	od 8 ⁰⁰	do 17 ⁰⁰	
	piątek	od 8 ⁰⁰	do 13 ⁰⁰	

Dodatkowe informacje i pomoc w wypełnieniu wniosku można uzyskać pod numerem telefonu (032) 438-20-50.

www.pzon-tychy.pl

UWAGA !

Od wydanego orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień nie przysługuje odwołanie.