


Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Tychach		<b>WNIOSK</b> o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (dotyczy osób powyżej 16 roku życia)
wypełniają pracownicy PZON w Tychach		
wniosek kompletny <input type="checkbox"/> braki <input type="checkbox"/> sprawdzono poprawność danych z dowodem tożsamości <input type="checkbox"/> wydano potwierdzenie <input type="checkbox"/> uwagi ..... EKSMOON <input type="checkbox"/> <span style="float: right;">podpis pracownika.....</span>		

Uwaga: Należy wypełniać czytelnie pismem maszynowym lub odręcznie - drukowanymi literami. Dokładne i pełne wypełnienie wniosku przyspieszy załatwienie sprawy !

**1. DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ:**

1.1	Nazwisko	1.2	Imię
1.3	Data urodzenia	1.4	Rodzaj, seria i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość (*należy okazać do wglądu)
1.5	Miejsce urodzenia	1.6	Wiek
		1.7	Nr PESEL
1.8	Adres miejsca zamieszkania		
	Miejscowość	Kod pocztowy	Ulica i numer
	Adres do korespondencji osoby wnioskującej (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż podany wyżej)		
1.9	Preferowana forma kontaktu w sprawach pilnych:		
	<input type="checkbox"/> listowny <input type="checkbox"/> telefoniczny -nr tel. .... <input type="checkbox"/> sms <input type="checkbox"/> e-mail-adres: .....		

**2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/PEŁNOMOCNIKA:** (wypełniają opiekunowie osób niepełnoletnich lub ubezwłasnowolnionych oraz posiadający pełnomocnictwo- należy dołączyć kserokopię odpowiednich zaświadczeń i pełnomocnictw, okazać oryginał do wglądu)

2.1	Nazwisko i imię	2.2	Adres, rodzaj, seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość; PESEL
-----	-----------------	-----	---

**3. CEL:**

3.1	Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności: <input type="checkbox"/> w celu ponownego ustalenia stopnia niepełnosprawności uwzględniającego zmianę stanu zdrowia - <b>orzeczenie nr</b> ..... <input type="checkbox"/> w związku z upływem terminu orzeczenia nr ..... wydanego na okres do ..... <i>Uwaga: Osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności wydane na czas określony, może wystąpić z wnioskiem o wydanie orzeczenia o ponowne ustalenie stopnia niepełnosprawności, nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia. (§ 15 ust. 1 rozporządzenia w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności)</i> <input type="checkbox"/> po raz pierwszy											
3.2	Chciałbym/chciałabym ubiegać się o: /należy wskazać co najmniej jeden cel/ <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">                             1. <input type="checkbox"/> odpowiednie zatrudnienie;                              2. <input type="checkbox"/> szkolenie, w tym specjalistyczne;                              3. <input type="checkbox"/> uczestnictwo w terapii zajęciowej;                              4. <input type="checkbox"/> zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne;                              5. <input type="checkbox"/> korzystanie z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki                         </td> <td style="width: 50%; border: none;">                             6. <input type="checkbox"/> korzystanie z karty parkingowej;                              7. <input type="checkbox"/> korzystanie z finansowej pomocy Ośrodka Pomocy Społecznej;                              8. <input type="checkbox"/> uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego;                              9. <input type="checkbox"/> określenie prawa do zamieszkania w oddzielnym pokoju;                              10. <input type="checkbox"/> uzyskanie świadczenia pielęgnacyjnego (dot. opiekujących się osobą niepełnosprawną);                              11. <input type="checkbox"/> inne, jakie: .....                         </td> </tr> </table>	1. <input type="checkbox"/> odpowiednie zatrudnienie; 2. <input type="checkbox"/> szkolenie, w tym specjalistyczne; 3. <input type="checkbox"/> uczestnictwo w terapii zajęciowej; 4. <input type="checkbox"/> zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne; 5. <input type="checkbox"/> korzystanie z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki	6. <input type="checkbox"/> korzystanie z karty parkingowej; 7. <input type="checkbox"/> korzystanie z finansowej pomocy Ośrodka Pomocy Społecznej; 8. <input type="checkbox"/> uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego; 9. <input type="checkbox"/> określenie prawa do zamieszkania w oddzielnym pokoju; 10. <input type="checkbox"/> uzyskanie świadczenia pielęgnacyjnego (dot. opiekujących się osobą niepełnosprawną); 11. <input type="checkbox"/> inne, jakie: .....									
1. <input type="checkbox"/> odpowiednie zatrudnienie; 2. <input type="checkbox"/> szkolenie, w tym specjalistyczne; 3. <input type="checkbox"/> uczestnictwo w terapii zajęciowej; 4. <input type="checkbox"/> zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne; 5. <input type="checkbox"/> korzystanie z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki	6. <input type="checkbox"/> korzystanie z karty parkingowej; 7. <input type="checkbox"/> korzystanie z finansowej pomocy Ośrodka Pomocy Społecznej; 8. <input type="checkbox"/> uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego; 9. <input type="checkbox"/> określenie prawa do zamieszkania w oddzielnym pokoju; 10. <input type="checkbox"/> uzyskanie świadczenia pielęgnacyjnego (dot. opiekujących się osobą niepełnosprawną); 11. <input type="checkbox"/> inne, jakie: .....											
3.3	Cel główny: /wybrać tylko jeden z powyższych/ <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"><input type="checkbox"/> 1.</td> <td style="width: 12.5%;"><input type="checkbox"/> 2.</td> <td style="width: 12.5%;"><input type="checkbox"/> 3.</td> <td style="width: 12.5%;"><input type="checkbox"/> 4.</td> <td style="width: 12.5%;"><input type="checkbox"/> 5.</td> <td style="width: 12.5%;"><input type="checkbox"/> 6.</td> <td style="width: 12.5%;"><input type="checkbox"/> 7.</td> <td style="width: 12.5%;"><input type="checkbox"/> 8.</td> <td style="width: 12.5%;"><input type="checkbox"/> 9.</td> <td style="width: 12.5%;"><input type="checkbox"/> 10.</td> <td style="width: 12.5%;"><input type="checkbox"/> 11.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 6.	<input type="checkbox"/> 7.	<input type="checkbox"/> 8.	<input type="checkbox"/> 9.	<input type="checkbox"/> 10.	<input type="checkbox"/> 11.
<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 6.	<input type="checkbox"/> 7.	<input type="checkbox"/> 8.	<input type="checkbox"/> 9.	<input type="checkbox"/> 10.	<input type="checkbox"/> 11.		

**4. UZASADNIENIE WNIOSKU - SYTUACJA SPOŁECZNA I ZAWODOWA:**

4.1	Sytuacja społeczna: stan cywilny ..... wykształcenie ..... zawód wyuczony ..... kontynuacja nauki: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK podać typ szkoły .....																				
4.2	Sytuacja zawodowa: staż pracy..... (ogółem) obecne zatrudnienie: <input type="checkbox"/> NIE zawód ostatnio wykonywany ..... <span style="float: right;">(wypełniają osoby w wieku aktywności zawodowej, czyli 18-60/65 lat)</span> <input type="checkbox"/> TAK otwarty rynek pracy / zakład pracy chronionej / zakład aktywności zawodowej / inne* ..... <span style="float: right;">(*właścive podkreślić)</span> zawód wykonywany ..... lata pracy w obecnym zawodzie.....																				
4.3	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 65%;">Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:</th> <th style="width: 15%;">samodzielnie</th> <th style="width: 15%;">z pomocą drugiej osoby</th> <th style="width: 5%;">brak możliwości</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>• w zakresie czynności samoobsługowych ( dot. np.: higieny osobistej, załatwiania potrzeb fizjologicznych, spożywania posiłków, ubierania się, przyjmowania leków)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• poruszanie się (dot. np.: w obrębie mieszkania, w środowisku, korzystanie z środków lokomocji)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• w zakresie komunikowania się (dot. np.: rozumienia mowy, zdolności do słyszenia, widzenia, zapamiętywania informacji)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• prowadzenie gospodarstwa domowego (dot. np.: robienia zakupów, gotowania, sprzątania, opłacania rachunków)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:	samodzielnie	z pomocą drugiej osoby	brak możliwości	• w zakresie czynności samoobsługowych ( dot. np.: higieny osobistej, załatwiania potrzeb fizjologicznych, spożywania posiłków, ubierania się, przyjmowania leków)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• poruszanie się (dot. np.: w obrębie mieszkania, w środowisku, korzystanie z środków lokomocji)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• w zakresie komunikowania się (dot. np.: rozumienia mowy, zdolności do słyszenia, widzenia, zapamiętywania informacji)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• prowadzenie gospodarstwa domowego (dot. np.: robienia zakupów, gotowania, sprzątania, opłacania rachunków)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:	samodzielnie	z pomocą drugiej osoby	brak możliwości																		
• w zakresie czynności samoobsługowych ( dot. np.: higieny osobistej, załatwiania potrzeb fizjologicznych, spożywania posiłków, ubierania się, przyjmowania leków)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
• poruszanie się (dot. np.: w obrębie mieszkania, w środowisku, korzystanie z środków lokomocji)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
• w zakresie komunikowania się (dot. np.: rozumienia mowy, zdolności do słyszenia, widzenia, zapamiętywania informacji)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
• prowadzenie gospodarstwa domowego (dot. np.: robienia zakupów, gotowania, sprzątania, opłacania rachunków)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		

4.4 Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego lub innych środków technicznych i pomocniczych:  NIE  TAK  
częstotliwość korzystania:  stale  okresowo, podać jakich: .....

**5. OŚWIADCZAM, ŻE:**

- 5.1  Mogę samodzielnie (lub z pomocą drugiej osoby) **przybyć na posiedzenie składu orzekającego**
- 5.2  Nie mogę **przybyć na posiedzenie składu orzekającego**; (niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu musi być potwierdzona zaświadczeniem lekarskim w którym wskazano, że stawiennictwo uniemożliwia długotrwała i nierokująca poprawy choroba; odpowiednia rubryka znajduje się w zaświadczeniu lekarskim, będącym załącznikiem do wniosku)
- 5.3  Posiadam orzeczenie innego organu - \*ZUS, \*KIZ, \*KRUS, \*MSWiA/MON (\*właściwe podkreślić)  
z dnia: ..... jakiej: .....
- 5.4  Pobieram świadczenie z ubezpieczenia społecznego. Jakiej: \*renta z tytułu niezdolności do pracy \*renta rodzinna \*renta socjalna \*emerytura, \*świadczenie przedemerytalne \*świadczenie rehabilitacyjne \*zasilek chorobowy (L4) od kiedy.....(podać rok) do kiedy.....  na trwale.  
 Nie pobieram świadczenia (\*właściwe podkreślić)
- 5.5  W mojej sprawie toczy się postępowanie przed innym organem orzecznictwem.  
Jakim: \*ZUS, \*Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, \*WZON (\*właściwe podkreślić).  
Na jakim etapie jest postępowanie .....

**6. W ZAŁĄCZENIU DO WNIOSKU PRZEDKLADAM\*:**

- 6.1 Zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza prowadzącego z dnia \_\_ - \_\_ - 20\_\_ r.  
*Zaświadczenie wystawione przez lekarza prowadzącego JEST WAŻNE PRZEZ 30 DNI OD DATY WYSTAWIENIA! (Wniosek wraz z posiadaną dokumentacją medyczną należy złożyć w tym czasie w siedzibie Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Tychach ul. Budowlanych 59 w Punkcie Obsługi Klienta.)  
Niewłaściwie wypełnione zaświadczenie lekarskie (np. brak daty wystawienia, nieczytelne zapisy lekarskie, brak podpisu lekarza, jego pieczęci, nieautoryzowane poprawki na zaświadczeniu, pozostawienie danych bez wypełnienia) jest obarczone brakiem formalnym.  
Zaświadczenie nieaktualne lub z ww. brakami uniemożliwia skuteczne wszczęcie postępowania.*
- 6.2 Karty wypisowe leczenia szpitalnego, badania diagnostyczne i inne dokumenty  
/należy załączyć poświadczone za zgodność z oryginałem kopie bądź złożyć kopie i udostępnić oryginały do wglądu/  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

\* **UWAGA:** Do wniosku należy załączyć kserokopię (oryginały do wglądu) posiadanej dokumentacji medycznej: karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych, aktualne opinie psychologiczne (ważne 2 lata), orzeczenia o konieczności kształcenia indywidualnego lub specjalnego oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności, a zwłaszcza okresu jej powstania. Osoby składające wniosek po raz kolejny składają do wniosku kopie dokumentacji powstałej od czasu ostatniego posiedzenia (oryginały do wglądu).  
**Dokumentacja medyczna, której oryginalność nie jest potwierdzona (zgodność z oryginałem), nie może być brana pod uwagę przy rozpatrywaniu wniosku.**

- Zgodnie z art. 41 § 1. KPA należy powiadomić Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania.
- Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 kodeksu karnego - „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

....., dnia \_\_ - \_\_ - 20\_\_ r.

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

\* należy załączyć kopię pełnomocnictwa lub wyroku sądu - oryginał do wglądu w celu potwierdzenia zgodności z oryginałem

podpis czytelny

**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](mailto:iodo@pzon-tychy.pl)

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

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

[www.pzon-tychy.pl](http://www.pzon-tychy.pl)