

Powiatowy Zespół
do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności
w Tychach



WNIOSK
o wydanie orzeczenia
o stopniu niepełnosprawności
(dotyczy osób powyżej 16 roku życia)

wypełniają pracownicy PZON w Tychach

wniosek kompletny braki sprawdzono poprawność danych z dowodem tożsamości
wydano potwierdzenie uwagi EKSMOON

podpis pracownika.....

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 - orzeczenie nr <input type="checkbox"/> w związku z upływem terminu orzeczenia nr wydanego na okres do <i>Osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane na czas określony, może wystąpić z wnioskiem o wydanie orzeczenia o ponowne ustalenie stopnia niepełnosprawności, nie wcześniej niż na 2 miesiące przed upływem ważności posiadanego orzeczenia.</i> <i>Uwaga: W przypadku osób niepełnosprawnych, posiadających orzeczenia o niepełnosprawności ważne do ukończenia 16 roku życia, nowy wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności można złożyć nie wcześniej niż na 3 miesiące przed upływem ważności orzeczenia o niepełnosprawności.</i> <input type="checkbox"/> po raz pierwszy	
3.2	Chciałbym/chciałabym ubiegać się o: /należy wskazać co najmniej jeden cel/	
	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/	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"/>

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 (wypełniają osoby w wieku aktywności zawodowej, czyli 18-60/65 lat) <input type="checkbox"/> TAK otwarty rynek pracy / zakład pracy chronionej / zakład aktywności zawodowej / inne* (*właścive podkreślić) zawód wykonywany..... lata pracy w obecnym zawodzie.....																				
4.3	Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>samodzielnie</th> <th>z pomocą drugiej osoby</th> <th>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><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• poruszanie się (dot. np.: w obrębie mieszkania, w środowisku, korzystanie z środków lokomocji)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• w zakresie komunikowania się (dot. np.: rozumienia mowy, zdolności do słyszenia, widzenia, zapamiętywania informacji)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• prowadzenie gospodarstwa domowego (dot. np.: robienia zakupów, gotowania, sprzątania, opłacania rachunków)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		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"/>
	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 trwałe.
 Nie pobieram świadczenia (*właściwe podkreślić)

5.5 W mojej sprawie toczy się postępowanie przed innym organem orzeczniczym.
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*
.....
.....

* **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 8”.
-

....., 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 dla klientów składających wnioski o wydane orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Administratorem danych osobowych jest Powiatowy Zespół Do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Tychach z siedzibą przy ul. Budowlanych 59, 43-100 Tychy, reprezentowany przez Przewodniczącą.
W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych można się kontaktować z wyznaczonym Inspektorem Ochrony Danych (IOD) za pośrednictwem poczty elektronicznej pod adresem: iodo@pzon-tychy.pl lub listownie na adres Administratora.
Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w związku z art. 6 ust. 1 lit. c RODO odpowiednio w celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.
Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazane wyłącznie podmiotom, które uprawnione są do ich otrzymania przepisami prawa. Dane zgromadzone w Elektronicznym Krajowym Systemie Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności będą udostępniane Pełnomocnikowi Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych oraz Ministrowi Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Ponadto mogą być one ujawnione podmiotom, z którymi Administrator zawarł umowę na świadczenie usług serwisowych dla systemów informatycznych wykorzystywanych przy ich przetwarzaniu.
Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez okres niezbędny do wypełnienia celu, w jakim zostały zebrane, a następnie będą przechowywane zgodnie z Instrukcją Kancelaryjną oraz Archiwalną opracowaną na podstawie przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (tj. Dz. U. z 200 r. poz. 164) – przez czas 50 lat.
Osobie, której dane osobowe dotyczą, przysługują prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.
Osobie, której dane dotyczą przysługują prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (na adres: Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).
Administrator nie przetwarza danych osobowych klientów PZON Tychy w sposób zautomatyzowany.
Podanie danych osobowych w określonym przez przepisy prawa celu i zakresie jest wymogiem ustawowym. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie nierozpatrzenie wniosku o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

GODZINY PRZYJĘĆ : **poniedziałek - środa** od 9⁰⁰ do 14⁰⁰ **Adres Zespołu: ul. Budowlanych 59**
Punkt Obsługi Klienta pok. 139 **czwartek** od 9⁰⁰ do 17⁰⁰ **43-100 Tychy**
piątek **n i e c z y n n e**

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