

Nr sprawy:

wypełnia pracownik

**WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
DO POWIATOWEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W PUCKU**

Wniosek o ustalenie stopnia składam (zaznacz właściwe pole):

- po raz pierwszy
 w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia
(w tym przypadku wniosek należy złożyć 30 dni przed końcem ważności poprzedniego orzeczenia)
 w związku ze zmianą stanu zdrowia (przy aktualnie ważnym orzeczeniu)

Imię i nazwisko wnioskodawcy

Data i miejsce urodzenia

Nr i seria dowodu osobistego

Pesel |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adres zameldowania (stały, czasowy)

Adres pobytu (korespondencyjny)

Telefon

Dane przedstawiciela ustawowego (dotyczy : dziecka do 18 roku życia, osób ubezwłasnowolnionych)

Imię i nazwisko

Nr i seria dowodu osobistego

Pesel |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adres zameldowania (stały, czasowy)

Adres pobytu (korespondencyjny)

ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA CELÓW
(zaznacz właściwe pole):

- odpowiedniego zatrudnienia
 szkolenia
 uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej
 konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
 korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
 korzystanie z uprawnień na podstawie art. 8 ustawy z 20.06.1997 r. Prawo o ruchu drogowym
(Dz. U. Z 2005 r. Nr 108, poz. 908)
 korzystanie z świadczeń pomocy społecznej
 uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego
 uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
 zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
 uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
 korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
 inne (jakie?).....

Dane dotyczące sytuacji społecznej i zawodowej:

1. stan cywilny: kawaler / panna żonaty / zamężna wdowiec / wdowa
rozwidziony / rozwiedziona separowany / separowana

2. zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

wykonywanie czynności samoobsługowych:	samodzielnie		z pomocą		opieka*
poruszanie się :	samodzielnie		z pomocą		opieka*
prowadzenie gospodarstwa domowego:	samodzielnie		z pomocą		opieka*

3. wykształcenie

4. zawód wyuczony.....

5. zatrudnienie : tak | nie*

6. zawód wykonywany.....

7. korzystanie z sprzętu ortopedycznego tak/nie* jaki?.....

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że **nie pobieram** | **pobieram*** świadczenia rentowe jakie.....

2. Oświadczam, że **nie składałem/am** | **składałem/am*** wniosek w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w roku, otrzymałem/am stopień: ważny do

3. Oświadczam, że **mogę / nie mogę*** samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego.

(Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby.)

4. Oświadczam, że 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.

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

Wymagane załączniki:

1. **Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego nie wcześniej niż na 30 dni przed złożeniem wniosku,**
2. **kopie dokumentacji medycznej potwierdzającej aktualny stan zdrowia, tj. wypisy szpitalne, opisy badań, itp., potwierdzone za zgodność z oryginałem (imienna pieczętka, podpis, data) lub oryginały do wglądu w chwili składania wniosku,**
3. **kopie orzeczeń o stopniu niepełnosprawności wydanych przez zespoły orzekające.**

.....
data i miejscowość

.....
Podpis osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego.

* niepotrzebne skreślić

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
miejscowość i data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania
o Stopniu Niepełnosprawności

(Uwaga! Zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia.)

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Nr i seria 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, 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 dokonanych 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(a) do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw
orzekania o stopniu niepełnosprawności **TAK / NIE***

U w/w Pana(i) **nastąpiło / nie nastąpiło*** istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania dla
celów orzeczniczych.

.....
stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

Adnotacja zakładu pracy chronionej

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

.....
pieczętka zakładu pracy chronionej

.....
stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić

..... oświadczam, że:

(imię i nazwisko)

przyjmuję do wiadomości informację, iż z uwagi na obowiązek stosowania od dnia 25 maja 2018 r. 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1) (dalej: Rozporządzenie RODO), aktualne będą poniższe zasady związane z przetwarzaniem udostępnionych przeze mnie moich danych osobowych:

1. Administratorem danych jest POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W PUCKU Z SIEDZIBĄ PRZY UL. MESTWINA 32.
2. Kontakt z Administratorem Bezpieczeństwa Informacji, (od 25 maja 2018 Inspektorem Ochrony Danych) jest możliwy za pomocą poczty elektronicznej pod adresem - iod@pcprpuck.pl

II. W/w administrator danych osobowych, zgodnie z art. 6 Rozporządzenia RODO przetwarza dane osobowe, w przypadku, gdy spełniony jest co najmniej jeden z poniższych warunków:

1. Osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów;
2. Przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;
3. Przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze;
4. Przetwarzanie jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby fizycznej;
5. Przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi;
6. Przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora lub przez stronę trzecią, z wyjątkiem sytuacji, w których nadrzędny charakter wobec tych interesów mają interesy lub podstawowe prawa i wolności osoby, której dane dotyczą, wymagające ochrony danych osobowych, w szczególności gdy osoba, której dane dotyczą, jest dzieckiem.

III. Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zapisów ustaw:

- z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej
- z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci
- objęcie ubezpieczeniem społecznym oraz zdrowotnym na podstawie ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych
- przeciwdziałanie przemocy w rodzinie na podstawie ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie
- wspieranie rodziny na podstawie ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej
- z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
- z dnia 13.05.2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym.
- z dnia 21.11.2008 r. o pracownikach samorządowych.
- z dnia 24.04.2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariatu.
- z dnia 20.06.1997 r. Prawo o ruchu drogowym.

IV. W związku z przetwarzaniem udostępnionych przez Pana/Panią danych osobowych przysługuje Pani/Panu:

1. Prawo dostępu do swoich danych, na podstawie art. 15 Rozporządzenia RODO;
2. Prawo do sprostowania swoich danych, na podstawie art. 16 Rozporządzenia RODO;
3. Prawo do usunięcia swoich danych, na podstawie art. 17 Rozporządzenia RODO;
4. Prawo do ograniczenia przetwarzania swoich danych, na podstawie art. 18 Rozporządzenia RODO;
5. Prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych na podstawie art.21 Rozporządzenia RODO;
6. Prawo do przenoszenia swoich danych , na podstawie art. 20 Rozporządzenia RODO.

V. Dane osobowe mogą być przekazywane:

- a.- upoważnionym z mocy prawa podmiotom na udokumentowany wniosek
- b - dostawcom systemów IT, z którymi współpracuje Administrator, w celu utrzymania ciągłości oraz poprawności działania systemów;
- c. - podmiotom prowadzącym działalność pocztową lub kurierską, w celu dostarczenia korespondencji;

VI. W przypadkach, w których przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywa się na podstawie art.6 ust.1 lit a Rozporządzenia RODO, tj. zgody na przetwarzanie danych osobowych przysługuje Pani/ Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie.

VII. W przypadku uznania, że przetwarzanie przez w/w jednostkę Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych, a od dnia 25 maja 2018 r. do organu będącego jego prawnym następcą.

.....
podpis