

# Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

- po raz pierwszy
- w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia
- w związku ze zmianą stanu zdrowia

(WYPEŁNIAĆ CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI)

Nr sprawy: .....

Kartuzy, dnia ..... r.

## DANE OSOBOWE OSOBY ZAINTERESOWANEJ

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia ..... obywatelstwo .....

Seria i numer dowodu osobistego (paszportu)\* .....

PESEL																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zameldowania .....

Adres pobytu / korespondencji .....

## DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO\*\*

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego .....

Data i miejsce urodzenia ..... obywatelstwo .....

Seria i numer dowodu osobistego (paszportu) .....

PESEL																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zameldowania /pobytu .....

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania  
o Niepełnosprawności w Kartuzach**

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

- odpowiednie zatrudnienie
- szkolenie
- uczestnictwo w terapii zajęciowej
- konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze
- 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
- karta parkingowa czyli spełnienie przez osobę niepełnosprawną przesłanek określonych w art. 8 ust. 3a pkt 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym
- korzystanie z świadczeń pomocy społecznej
- uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego
- uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- uzyskanie przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- korzystanie z innych ulg i uprawnień na podstawie innych przepisów: jakie.....

Cel podstawowy.....

\*) w przypadku osób poniżej 18 roku życia należy wpisać nr legitymacji szkolnej  
(\*\*) wypełniać tylko w przypadku osób niepełnoletnich lub ubezwłasnowolnionych

## Uzasadnienie wniosku:

1. Stan cywilny:  kawaler/panna  
 żonaty/zamężna  
 wdowiec/wdowa  
 rozwiedziony/rozwiedziona  
 separowany/separowana

2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania :

	samodzielnie	z pomocą	opieka
a) wykonywanie czynności samoobsługowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) poruszanie się w środowisku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) prowadzenie gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Sytuacja zawodowa :

a) wykształcenie:

- podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego
- podstawowe
- zasadnicze
- średnie
- wyższe

b) zawód wyuczony.....

c) obecne jestem zatrudniony/na nie  tak  zawód wykonywany .....

**Oświadczam, że:**

1. **pobieram / nie pobieram \*\*\*** świadczenia rentowe:

jakie .....

2. **składałem/am / nie składałem/am \*\*\*** uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:

jeżeli tak, to kiedy .....

z jakim skutkiem ..... Nr orzeczenia: .....

3. **mogę / nie mogę\*\*\*** samodzielnie / z opiekunem\*\*\* przybyć na posiedzenie składu orzekającego (**Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby**).

4. **do wniosku załączam dokumentację medyczną dotyczącą stanu zdrowia** (oryginały albo kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem)

5. 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.

6. **Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

.....  
**podpis osoby zainteresowanej**

(a w przypadku osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej podpis opiekuna prawnego)

(\*\*\*) niepotrzebne skreślić

---

### ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Administrator Danych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. art. 7 ust. 3, informuje o możliwości wycofania zgody udzielonej na przetwarzanie danych w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W celu ułatwienia kontaktu w sprawach wynikających z obowiązku prawnego realizowanych przez Administratora Danych, **DOBROWOLNIE WYRAŻAM ZGODĘ** na przetwarzanie moich danych osobowych tj.:

Numer telefonu .....

.....  
(czytelny podpis)

---

### KLAUZULA INFORMACYJNA

W związku z rozpoczęciem stosowania z dniem 25 maja 2018 r. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, dalej: RODO) informujemy, iż na podstawie art. 13 RODO od dnia 25 maja 2018 r. będą Pani/Pana przysługiwały określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez **Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Kartuzach**.

1. Administratorem danych osobowych jest **Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności** z siedzibą w Kartuzach, ul. Mściwoja II 20, [pzoorn@pcprkartuzy.pl](mailto:pzoorn@pcprkartuzy.pl)
2. W Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Kartuzach wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod adresem email: [iod@pcprkartuzy.pl](mailto:iod@pcprkartuzy.pl)
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych związanym m.in. wydaniem orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.
4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie:
  - a. ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
  - b. rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2014 r. w sprawie wzoru oraz trybu wydawania zwrotu kart parkingowych
5. Numer telefonu przetwarzany jest na podstawie wyrażonej zgody osoby, której numer telefonu dotyczy.
6. Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a i c rozporządzenie z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych.
7. Odbiorcą danych osobowych będą tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w tym państwa trzecie, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
8. Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt. 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
10. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przeniesienia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.
11. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
12. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych niezbędnych do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności jest wymogiem ustawowym.
13. Podanie numeru telefonu jest dobrowolne, nie podanie numeru telefonu nie wpływa na wykonanie innych czynności.
14. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość.....

Data.....

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

o stanie zdrowia wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Numer i seria dow.osob.....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 pobytu w szpitalu, sanatorium

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

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

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

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

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

7. Wykaz wykonywanych 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 niepełnosprawności

**TAK / NIE \***

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

**TAK / NIE \***

.....  
stempel i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

\* niepotrzebne skreślić

\*\* dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie

---

#### KLAUZULA INFORMACYJNA

W związku z rozpoczęciem stosowania z dniem 25 maja 2018 r. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, dalej: RODO) informujemy, iż na podstawie art. 13 RODO od dnia 25 maja 2018 r. będą Pani/Panu przysługiwały określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez **Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Kartuzach**

1. Administratorem danych osobowych jest **Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności** z siedzibą w Kartuzach, ul. Mściwoja II 20, [pzoorn@pcprkartuzy.pl](mailto:pzoorn@pcprkartuzy.pl)
2. W Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Kartuzach wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod adresem email: [iod@pcprkartuzy.pl](mailto:iod@pcprkartuzy.pl)
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych związanym m.in. wydaniem orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.
4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie:
  - a. ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
  - b. rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2014 r. w sprawie wzoru oraz trybu wydawania zwrotu kart parkingowych
5. Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenie z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych.
6. Odbiorcą danych osobowych będą tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w tym państwa trzecie, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
7. Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt. 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
9. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.
10. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
11. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych niezbędnych do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności jest wymogiem ustawowym.
12. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.