

**Wniosek
w sprawie wydania orzeczenia
o stopniu niepełnosprawności**

Wniosek składam: ☐ pierwszy raz ☐ kolejny raz (kontynuacja) ☐ w związku ze zmianą stanu zdrowia

Imię i nazwisko

Data urodzenia Miejsce urodzenia

Nr i seria dowodu osobistego/paszportu/legitymacji szkolnej

Nr PESEL

Adres zameldowania.....

Adres zamieszkania.....

Adres do korespondencji.....

Nr telefonu..... Adres email

Dane osobowe przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego - dotyczy osób do 18 r. ż. lub osób ubezwłasnowolnionych

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia Miejsce urodzenia

Nr PESEL Nr i seria dowodu osobistego

Adres zamieszkania.....

Adres do korespondencji.....

Nr telefonu..... Adres email

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

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie mi orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w celu:

CEL PODSTAWOWY (wybrać jeden z niżej wymienionych):

.....

a także dla celów (właściwe zaznaczyć znakiem X):

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Odpowiedniego zatrudnienia | ☐ Uczestnictwo w terapii zajęciowej
(nie dotyczy rehabilitacji) | ☐ Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej |
| ☐ Szkolenia | ☐ Karta parkingowa | ☐ Zasiłek pielęgnacyjny |
| ☐ Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze | ☐ Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji | ☐ Świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy (dla opiekuna) |
| ☐ Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju | ☐ Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów | ☐ Inny (podać jakie)
.....
..... |

1. Sytuacja społeczna:

stan cywilny: a) ☐ kawaler / ☐ panna* b) ☐ żonaty / ☐ zamężna* c) ☐ wdowiec / ☐ wdowa*
d) ☐ rozwiedziony / ☐ rozwiedziona* e) ☐ separowany / ☐ separowana*

2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

- a) wykonywanie czynności samoobsługowych (np. mycie się, ubieranie) ☐ samodzielnie / ☐ z pomocą / ☐ opieka *
- b) poruszanie się w środowisku ☐ samodzielnie / ☐ z pomocą / ☐ opieka *
- c) prowadzenie gospodarstwa domowego (np. pranie, sprząkanie, gotowanie) ☐ samodzielnie / ☐ z pomocą / ☐ opieka *

3. Sytuacja zawodowa:

- a) wykształcenie..... b) zawód wyuczony.....
- c) ☐ pracuje / ☐ nie pracuje * miejsce pracy.....
- od kiedy..... wykonywany zawód.....

4. Oświadczenia:

- a. ☐ **Pobieram** ☐ **Nie pobieram*** świadczenia z ubezpieczenia społecznego, jakie:
- ☐ **renta szkoleniowa**
- ☐ **renta rodzinna**
- ☐ **renta:** z tytułu ☐ częściowej ☐ całkowitej niezdolności do pracy ☐ niezdolności do samodzielnej egzystencji*
- ☐ **renta inwalidzka:** ☐ wojskowa ☐ policyjna* / ☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa*
- ☐ **emerytura**
- ☐ **świadczenie rehabilitacyjne**
- ☐ **inne*** (jakie?)
- b. Oświadczam, że aktualnie ☐ **toczy się** / ☐ **nie toczy się*** w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem lub sądem powszechnym w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności (podać jakim)
- c. ☐ **Składano** / ☐ **Nie składano*** uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności, **jeżeli tak, to:**
- nr orzeczenia**, **z dnia** (data wydania orzeczenia)
- ze skutkiem:** ☐ odmowa / ☐ lekki / ☐ umiarkowany / ☐ znaczny stopień niepełnosprawności
- orzeczenie wydane na okres do: / ☐ na stałe * (data ważności orzeczenia)
- d. Oświadczam, że: ☐ **mogę samodzielnie** ☐ **mogę z pomocą** ☐ **nie mogę*** przybyć na posiedzenie składu orzekającego.
- Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby.**
- e. **Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu** do momentu zakończenia postępowania w sprawie (art.41 Kodeksu postępowania administracyjnego).
- f. 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.
- g. **Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a o tym, że:**
- a) Administratorem danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Gdyni (81-395) przy ul. Władysława IV 43, tel. 58 880 83 78, mail: pzon@gcz.gdynia.pl.
- b) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, mail: iod@gcz.gdynia.pl.
- c) Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności oraz innych dokumentów z orzeczeniem związanych, a także archiwizacji na podstawie art. 6 ust. 1, lit. c) RODO.
- d) Przysługuje mi prawo do dostępu, sprostowania oraz usunięcia swoich danych osobowych, ograniczenia ich przetwarzania, do ich przenoszenia, a także prawo do wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych.
- e) Przysługuje mi prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, zajmującego się ochroną danych osobowych, w sytuacji uznania, że dane przetwarzane są niezgodnie z przepisami prawa.
- f) Okres przetwarzania moich danych osobowych przez Administratora wynika z określonych przepisów prawa oraz Instrukcji Kancelaryjnej.
- g) Moje dane osobowe mogą być udostępnione innym podmiotom z którymi Administrator zawarł umowy o powierzeniu danych osobowych i nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz profilowaniu.
- h. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

*właściwe zaznaczyć

.....
data i **czytelny podpis** osoby zainteresowanej /
przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego