

....., dnia .....

(miejscowość)

**POWIATOWY ZESPÓŁ DS. ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

**42-600 Tarnowskie Góry, ul. Sienkiewicza 16**

**tel. 381-81-02;**

**381-87-64;**

**tel.: 381-87-60**

Nr sprawy **ON.8321.**

**WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA**

- Pierwszorazowy\*
- Powtórny\* ( **NOWY WNIOSEK MOŻNA SKŁADAĆ NIE WCZEŚNIEJ NIŻ NA 30 DNI PRZED UPŁYWEM WAŻNOŚCI POPRZEDNIEGO ORZECZENIA !!!** )
- Ze względu na zmianę stanu zdrowia \*
- o niepełnosprawności – dla dzieci do 16 roku życia\*
- o stopniu niepełnosprawności – dla osób powyżej 16 roku życia\*

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia .....

Seria i numer dowodu osobistego..... PESEL.....

Adres zameldowania.....

Adres zamieszkania / pobytu\*\* .....

Adres do korespondencji.....

.....tel. ....

**W PRZYPADKU OSÓB POSIADAJĄCYCH PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO**

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego.....

Numer i seria dowodu osobistego.....PESEL.....

Adres zameldowania przedstawiciela ustawowego.....

.....tel. ....

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów\*

- Odpowiedniego zatrudnienia
- Szkolenia
- Uczestnictwa w terapii zajęciowej
- Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
- Korzystania 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 z późn. zm.)
- Korzystania ze 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 innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
- inne

**Uzasadnienie wniosku** (nie dotyczy dzieci poniżej 16 roku życia)

1. sytuacja społeczna:

stan cywilny.....

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:			
	samodzielnie	z pomocą	opieka
Wykonywanie czynności samoobsługowych			
Poruszanie się			
Prowadzenie gospodarstwa domowego			

2. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego.....

3. sytuacja zawodowa :

wykształcenie ..... zawód wyuczony.....

zawód wykonywany..... obecne zatrudniona/y TAK/NIE\*

**Oświadczam, że:**

1. Nie pobieram\* / pobieram\* świadczenie rentowe / emerytalne - od kiedy .....

2. Czy był składany wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności: ..... jeżeli tak, to kiedy.....

3. Czy może Pani / Pan przybyć na posiedzenie sądu orzekającego: TAK / NIE\*

4. 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 lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

5. Przebywam na terenie Powiatu Tarnogórskiego lub Powiatu Lublinieckiego powyżej dwóch miesięcy w celach zdrowotnych lub rodzinnych.\*\*

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

Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm.) informujemy, że:

- Pani/Pana dane osobowe są zbierane i przetwarzane w związku z prowadzonym postępowaniem o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.
- Administratorem danych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności mieszczący się w Tarnowskich Górach przy ulicy Sienkiewicza 16.
- Podawanie swoich danych osobowych jest obowiązkowe w związku z ustawowym prowadzeniem postępowania o wydanie orzeczenia, postanowienia, a zakres jest zgodny z wnioskiem.
- Dane będą przetwarzane teraz i w przyszłości, jeżeli nie zmieni się cel ich przetwarzania.
- Ma Pani/Pan prawo do wglądu i poprawiania swoich danych osobowych.

**W załączeniu do wniosku przedkładam:**

1. **oryginał zaświadczenia o stanie zdrowia wydany przez lekarza (ważny 30 dni od daty wystawienia przez lekarza !!!)**
2. **aktualną dokumentację medyczną:**  
- kserokopie wypisów ze szpitala, opisów zdjęć Rtg, kartotek z przychodni prowadzących (potwierdzone za zgodność z oryginałem).

Przyjętam / przyjąłem do wiadomości  
i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych

.....  
podpis osoby zainteresowanej  
lub jej przedstawiciela ustawowego

\* niepotrzebne skreślić

\*\* Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Tarnowskich Górach jest właściwy do orzekania w niniejszej sprawie, jeśli przebywa Pan/Pani na terenie Powiatu Tarnogórskiego lub Powiatu Lublinieckiego powyżej dwóch miesięcy w celach zdrowotnych lub rodzinnych.