

# WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nr sprawy PZON.71. ....

Wpłynęło ..... Podpis przyjmującego....., dnia:...../...../.....

## Wniosek o ustalenie stopnia składam (zaznaczyć znakiem X)

po raz pierwszy

w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia

w związku ze zmianą stanu zdrowia

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Nr i seria dowodu osobistego /paszportu/ .....

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania .....

Adres do korespondencji .....

**Nr telefonu do kontaktu w sprawach związanych z ustaleniem terminu posiedzenia sądu orzekającego**

.....

Adres e mail.....

*Wypełnić w przypadku osoby do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionej)*

.....

Adres .....

Nr i seria dowodu osobistego .....Data i miejsce urodzenia .....

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## **Do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Wejherowie**

Zwracam się z prośbą o wydanie mi orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów (zaznaczyć znakiem X)

- 1) odpowiedniego zatrudnienia
- 2) szkolenia
- 3) uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej
- 4) konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- 5) korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
- 6) uzyskania karty parkingowej
- 7) korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej
- 8) uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego
- 9) uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- 10) zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- 11) uzyskanie przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- 12) korzystanie z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
- 13) inne.....

Uzasadnienie wniosku:

1. STAN CYWILNY: a) kawaler/panna   
b) żonaty/zamężna   
c) wdowiec/wdowa   
d) rozwiedziony/rozwiedziona   
e) 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	<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) obecnie jestem zatrudniony/na nie  tak

**Oświadczenia:**

- Oświadczam, że pobieram (nie pobieram) świadczenia rentowe jakie.....
- Oświadczam, że (nie składałem/am) składałem/am wnioski w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w ..... roku, otrzymałem/am stopień: ..... ważny do .....
- Oświadczam, że mogę (nie mogę) samodzielnie przybyć na posiedzenie sądu orzekającego.  
(Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby.)
- 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.**

**W załączeniu do wniosku przedkładam:**

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia (wydane przez lekarza leczącego w ciągu miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku)
2. Posiadaną aktualną dokumentację medyczną potwierdzającą rozpoznaną chorobę zasadniczą oraz współistniejące, kserokopie wypisów ze szpitala, badania specjalistyczne, opinie, konsultacje specjalistów, opisy badań tj. TK, MRI, RTG, Echo serca, spirometria, USG, EKG, EEG itp.
3. Kserokopie posiadanych orzeczeń o stopniu niepełnosprawności wydane przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności.

Administratorem, czyli podmiotem decydującym o tym, które dane osobowe będą przetwarzane oraz w jakim celu, i jakim sposobem, jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności. W jego imieniu dane osobowe przetwarza POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE w Wejherowie, ul. Sobieskiego 279A, e-mail: kancelaria@pcprwejherowo.pl, tel. 58 672 17 60. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, macie Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem ochrony danych na adres e-mail: [rodo@pcprwejherowo.pl](mailto:rodo@pcprwejherowo.pl). Państwa dane osobowe są przetwarzane w celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, w związku z realizacją obowiązków nałożonych przez ustawę z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz rozporządzenie Ministra gospodarki, pracy i polityki społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej. Odbiorcami danych osobowych są podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa. Są nimi również podmioty, które świadczą nam usługi (np. serwis oprogramowania). Dane osobowe są przetwarzane na czas realizacji celu, a po jego zakończeniu na czas przechowywania i archiwizacji, wynikającej z przepisów prawa tj. przez 10 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wydano ostatnie orzeczenie. Macie Państwo, prawo dostępu do treści swoich danych, uzyskania ich kopii, sprostowania, prawo do ograniczenia ich przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania w odniesieniu do danych przetwarzanych w związku z realizacją zadania w interesie publicznym (numer telefonu) oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, e-mail: [kancelaria@uodo.gov.pl](mailto:kancelaria@uodo.gov.pl)). Podanie danych osobowych jest obowiązkowe.

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

**(zaświadczenie lekarskie ważne przez 30 dni od wystawienia przez lekarza)**

.....

....., dnia ...../...../ 20.....r.

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

*/wypełnić w języku polskim/*

wydane dla potrzeb Zespołu ds. Orzekania

*o niepełnosprawności w Wejherowie*

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

PESEL .....

**1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.**

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

**2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek /ustalony na podstawie jakiej dokumentacji/; stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby.**

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

**3. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące.**

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

**4. Zaawansowane 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 wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia.

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie /data/ .....  
i od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? /data/.....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?  
 TAK  NIE

Czy w/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji?  
 TAK  NIE

Czy w/w Pan/i jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu Zespołu  
ds. Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności w Wejherowie?  TAK  NIE

Czy w/w Pan/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia?  TAK  NIE

.....  
/pieczęć i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie/

---

### Adnotacje zakładu pracy chronionej

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

.....  
/pieczęć zakładu pracy chronionej/

.....  
/pieczęć i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie/