

Wypełnia urząd:	Nr sprawy
Sprawdzono z dokumentem potwierdzającym tożsamość <input type="checkbox"/>	Pieczeń organu z datą wpływu wniosku
Sprawdzono w bazie ogólnopolskiej systemu EKSMOoN <input type="checkbox"/>	
Wprowadzono do systemu EKSMOoN <input type="checkbox"/>	
Przedłożono oryginały dokumentacji medycznej (do wglądu) <input type="checkbox"/>	
Uwagi	

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- dla osób powyżej 16 roku życia

Wnoszę o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (proszę wstawić JEDEN „x” w odpowiednie miejsce):

Po raz pierwszy <i>(dotyczy osób nieubiegających się dotychczas o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)</i>	
W związku ze zmianą stanu zdrowia <i>(dotyczy osób posiadających ważne [ostateczne i prawomocne] orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, ubiegających się o jego zmianę)</i>	
Celem kontynuacji dotychczasowego orzeczenia <i>(dotyczy osób, u których ważność orzeczenia upłynie w ciągu najbliższych 30 dni)</i>	
Celem ustalenia wskazania do karty parkingowej stanowiącego podstawę do ubiegania się o wydanie karty parkingowej na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 roku – Prawo o ruchu drogowym <i>(dotyczy osób posiadających orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane do dnia 30.06.2014 r., które utraciły wynikające z tej decyzji dotychczas posiadane prawo do otrzymania karty parkingowej)</i>	

DANE OSOBY ZAINTERESOWANEJ

Imię (imiona) i nazwisko:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia: Obywatelstwo:¹.....

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:² PESEL:

Osoby do 18 roku życia - nr skróconego odpisu aktu urodzenia:

Adres zameldowania (na pobyt stały):³

Adres pobytu:⁴

Adres korespondencji:

Telefon kontaktowy: e-mail:⁵.....

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO LUB OPIEKUNA PRAWNEGO

(wypełnić w przypadku osób między 16 a 18 rokiem życia lub w przypadku, gdy osoba zainteresowana nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych [ubezważnowolnienie częściowe lub całkowite])

Imię (imiona) i nazwisko:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia: Obywatelstwo:

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: PESEL:

Adres zameldowania (na pobyt stały):

Adres pobytu:

Adres korespondencji:

Telefon kontaktowy: e-mail:

* przypisy na stronie trzeciej

Zwracam się wnioskiem o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów:

(proszę wstawić „x” w odpowiednie miejsce)

1. odpowiedniego zatrudnienia,
2. szkolenia,
3. uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
4. zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz techniczne ułatwiające funkcjonowanie,
5. korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,
6. spełniania przesłanek określonych w Prawie o ruchu drogowym (*karta parkingowa*),
7. korzystania ze świadczeń pomocy społecznej,
8. uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
9. uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
10. uzyskania prawa do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
11. uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
12. korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów,
13. innych (wymienić jakich)

Cel podstawowy (*wyłącznie jeden z wyżej wymienionych*): cel nr (1 do 13)

DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ OSOBY ZAINTERESOWANEJ

Sytuacja społeczna i zawodowa:

1) Stan cywilny (*proszę wstawić „x” w odpowiednie miejsce*): 2) Wykształcenie (*proszę wstawić „x” w odpowiednie miejsce*):

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> żonaty | <input type="checkbox"/> zamężna | <input type="checkbox"/> bez wykształcenia szkolnego |
| <input type="checkbox"/> rozwiedziony | <input type="checkbox"/> rozwiedziona | <input type="checkbox"/> podstawowe |
| <input type="checkbox"/> w separacji | <input type="checkbox"/> w separacji | <input type="checkbox"/> zasadnicze |
| <input type="checkbox"/> wdowiec | <input type="checkbox"/> wdowa | <input type="checkbox"/> średnie |
| <input type="checkbox"/> kawaler | <input type="checkbox"/> panna | <input type="checkbox"/> wyższe |

3) Zawód wyuczony 4) Zawód obecnie wykonywany

5) Miejsce pracy (nazwa zakładu)

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania (*proszę wstawić „x” w odpowiednie miejsce*):

- | | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| 6) Wykonywanie czynności samoobsługowych | <input type="checkbox"/> z opieką | <input type="checkbox"/> z pomocą | <input type="checkbox"/> samodzielnie |
| 7) Poruszanie się w środowisku | <input type="checkbox"/> z opieką | <input type="checkbox"/> z pomocą | <input type="checkbox"/> samodzielnie |
| 8) Prowadzenie gospodarstwa domowego | <input type="checkbox"/> z opieką | <input type="checkbox"/> z pomocą | <input type="checkbox"/> samodzielnie |

Oświadczam, że (*w przypadku pola proszę wstawić „x” w odpowiednie miejsce*):

1. **nie składałam/em** **składałam/em** wniosku o wydanie orzeczenia w..... roku;
2. **pobieram** **nie pobieram** świadczenia rentowe emeryturę
3. ze względu na stan zdrowia:
 jestem zdolna/y do odbycia podróży celem stawienia się na posiedzenie składu orzekającego
 nie jestem zdolna/y do odbycia podróży celem stawienia się na posiedzenie składu orzekającego;
4. **jestem świadoma/y**, że jeżeli przedłożona do wniosku dokumentacja medyczna okaże się niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, przewodnicząca Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Poznaniu zawiadamia o konieczności jej uzupełnienia z pouczeniem, że niedostarczenie dokumentacji w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
5. Zobowiązuję się powiadomić Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Poznaniu o każdej zmianie mojego adresu do momentu zakończenia postępowania, zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego. W razie zaniedbania tego obowiązku – **jestem świadoma/y**, iż doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ

6

Podpis osoby zainteresowanej
i/lub przedstawiciela ustawowego

POUCZENIE: Art. 233 § 1. Kodeksu Karnego: Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8. (tekst jednolity Dz.U. z 2019 r. poz.1950 z późn. zm.)

* przypisy na stronie trzeciej

Instrukcja wypełnienia wniosku

✓ Przepisy:

1. Konieczność podania obywatelstwa dotyczy wyłącznie cudzoziemców, nieposiadających numeru PESEL.
2. Dokumentami potwierdzającymi tożsamość są dowód osobisty lub paszport.
3. Pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania.
4. Adres pobytu należy podać wyłącznie w przypadku osób:
 - bezdomnych,
 - przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych,
 - przebywających w zakładach karnych i poprawczych,
 - przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.
5. Podanie numeru telefonu/adresu e-mail jest dobrowolne i służy wyłącznie do ewentualnego kontaktu Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Poznaniu z osobą zainteresowaną (lub jej przedstawicielem) do celów związanych z prowadzonym postępowaniem w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, natomiast brak ich podania skutkuje ograniczeniem form komunikacji.
6. W przypadku niemożności złożenia podpisu osoba niemogąca pisać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis.

✓ Do wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności należy dołączyć następujące dokumenty:

1. **Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia** zawierające opis stanu zdrowia, rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących wydane przez lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba zainteresowana, wydane nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku;
2. **Dokumentację medyczną** (np. karty leczenia szpitalnego, wyniki badań, konsultacji specjalistycznych, historie choroby) w formie wyciągów, odpisów, kopii lub wydruków – uwierzytelnionych za zgodność z oryginałem lub oryginałów – do wglądu. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
3. **Inne dokumenty** mogące mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności (np. orzeczenia z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej, organów rentowych)

✓ **W przypadku złożenia wniosku przez opiekuna prawnego należy przedstawić dokument potwierdzający fakt jego ustanowienia.**

✓ **W przypadku reprezentowania strony przez pełnomocnika należy dołączyć akt pełnomocnictwa do reprezentowania strony (oryginał lub urzędowo poświadczony odpis).**

Godziny przyjmowania wniosków

(ul. Słowackiego 8, 60-823 Poznań
pok. 022, parter,
obowiązuje system pobierania biletów)

Poniedziałek	7.30-16.30
Wtorek	7.30-14.30
Środa	7.30-14.30
Czwartek	7.30-14.30
Piątek	7.30-14.30

**Informacja telefoniczna
Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności
w Poznaniu
61 8410 704
61 8410 705
61 8410 706**

**INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH
W POWIATOWYM ZESPOLE DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W POZNANIU**

obowiązuje od 25 maja 2018 r.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Przewodniczący Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą przy ulicy Słowackiego 8, 60-823 Poznań oraz Starosta Poznański z siedzibą przy ulicy Jackowskiego 18, 60-509 Poznań.
2. Wyznaczono inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować poprzez e-mail: iod@powiat.poznan.pl lub pisemnie na adres: Starostwo Powiatowe w Poznaniu ul. Jackowskiego 18, 60-509 Poznań.
3. Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu wypełnienia obowiązków wynikających z przepisów prawa ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. 2018 r. poz. 511)
4. Dane po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania przepisów dotyczących archiwizowania danych przez Administratora.
5. Pani/Pan, których dane dotyczą, mają prawo do:
 - a) dostępu do swoich danych osobowych,
 - b) żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe,
 - c) żądania usunięcia danych, gdy:
 - dane nie są już niezbędne do celów, dla których zostały zebrane,
 - dane przetwarzane są niezgodnie z prawem,
 - d) żądania ograniczenia przetwarzania, gdy:
 - osoby te kwestionują prawidłowość danych,
 - przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych,
 - Administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
6. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym.
8. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu.
9. Odbiorcami danych są podmioty określone w przepisach prawa.