Wypełnia urząd:	**Nr sprawy ……**
Sprawdzono z dokumentem potwierdzającym tożsamość ☐ Sprawdzono w bazie ogólnopolskiej systemu EKSMOoN ☐ Wprowadzono do systemu EKSMOoN ☐ Przedłożono oryginały dokumentacji medycznej (do wglądu) ☐ Uwagi ……..	*Pieczęć organu z datą wpływu wniosku*

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O WSKAZANIACH DO ULG I UPRAWNIEŃ

- dla osób posiadających orzeczenie innego organu, mogących wystąpić o orzeczenie stopnia niepełnosprawności na podstawie art.5a ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych

DANE OSOBY ZAINTERESOWANEJ

Imię 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: (wypełnić w przypadku braku zameldowania na pobyt stały) [4] ……

……

Adres korespondencji: ……

Telefon kontaktowy: …… . **e-mail:** [5] ……

Oświadczam że:

posiadam ważne orzeczenie:

- ☐ o całkowitej niezdolności do pracy oraz
- ☐ o niezdolności do samodzielnej egzystencji,
- ☐ o całkowitej niezdolności do pracy,
- ☐ o częściowej niezdolności do pracy,
- ☐ o celowości przekwalifikowania zawodowego,
- ☐ o zaliczeniu do I grupy inwalidów,
- ☐ o zaliczeniu do II grupy inwalidów,
- ☐ o zaliczeniu do III grupy inwalidów,

- ☐ lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
- ☐ komisję lekarską Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
- ☐ komisję do Spraw Inwalidztwa i Zatrudnienia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
- ☐ lekarza rzeczoznawcę Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego,
- ☐ komisję lekarską Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego,

Orzeczenie zostało wydane w dniu __ - __ - ____ **na okres do** ……

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 od 1 do 13)* ……

DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ OSOBY ZAINTERESOWANEJ

Sytuacja społeczna i zawodowa:

1) Stan cywilny: (*proszę wstawić „x" w odpowiednie miejsce*)

☐ żonaty	☐ zamężna
☐ rozwiedziony	☐ rozwiedziona
☐ w separacji	☐ w separacji
☐ wdowiec	☐ wdowa
☐ kawaler	☐ panna

2) Wykształcenie: (*proszę wstawić „x" w odpowiednie miejsce*)

☐ bez wykształcenia szkolnego
☐ podstawowe
☐ zasadnicze
☐ średnie
☐ 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	☐ z opieką	☐ z pomocą	☐ samodzielnie
7) Poruszanie się w środowisku	☐ z opieką	☐ z pomocą	☐ samodzielnie
8) Prowadzenie gospodarstwa domowego	☐ z opieką	☐ z pomocą	☐ samodzielnie

DANE OSOBOWE OPIEKUNA PRAWNEGO

(*wypełnić w przypadku, gdy osoba zainteresowana nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych [ubezwłasnowolnienie częściowe lub całkowite*])

Imię i nazwisko:.....

Data urodzenia:..... **Miejsce urodzenia:** ..... **Obywatelstwo:** [1] .....

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: [2] ..... **PESEL:** .....

Adres zameldowania: (na pobyt stały) [3] .....

Adres pobytu: (wypełnić w przypadku braku zameldowania na pobyt stały) [4]..

.....

Adres korespondencji: .....

Telefon kontaktowy: ..... **e-mail:** [5] .....

Oświadczam, że: *(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. **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.
4. 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.
5. Zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Poznaniu i **wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych zgodnie z przeznaczeniem i procedurą opisaną w informacji (strona 4 wniosku).

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.

INSTRUKCJA WYPEŁNIENIA WNIOSKU

✓ **Przypisy:**

[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 wskazaniach do ulg i uprawnień należy dołączyć dokumenty**:

1. **Orzeczenie** o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów lub niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, o którym mowa w art. 62 lub orzeczenie, o którym mowa w art. 5 Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych - oryginał (do wglądu)
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. **Informację zawodowo-socjalną.**

✓ **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).**

✓ **Zasady wizyty w Powiatowym Zespole:**

1. klienci obsługiwani są po pobraniu biletu z systemu kolejkowego (możliwa jest rezerwacja internetowa);
2. bez pobrania biletu w punkcie informacji można uzyskać niezbędne formularze;
3. bilety na załatwienie sprawy w danym dniu bez wcześniejszej rezerwacji internetowej wydawane są w ograniczonej ilości;
4. po wyczerpaniu dziennego limitu biletów bez wcześniejszej rezerwacji internetowej system kolejkowy wydaje wyłącznie bilety klientom posiadającym rezerwację internetową (ostatni klient posiadający bilet zostaje przyjęty 10 minut przed zakończeniem obsługi klienta);
5. każdy bilet z systemu kolejkowego jest wzywany do obsługi trzy razy, jeżeli klient nie podejdzie do stanowiska obsługi, pobrany bilet zostaje anulowany, a w celu realizacji wizyty należy pobrać nowy bilet.
6. **Godziny i miejsce przyjmowania wniosków**:
   Słowackiego 8, 60-823 Poznań, pok. 022, parter, poniedziałek: 7.30-16.30, wtorek-piątek: 7.30-14.30
7. **Informacja telefoniczna:** *poniedziałek – piątek, w godz. 7.30-14.30: 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.