|  |  |
| --- | --- |
| **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 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** *(dotyczy osób nieubiegających się dotychczas o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)* |  |
| **Po raz kolejny** *(dotyczy osób posiadających w przeszłości orzeczenie, którego ważność upłynęła)* |  |
| **W związku ze zmianą stanu zdrowia** *(dotyczy osób posiadających ważne [ostateczne i prawomocne] orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, ubiegających się o jego zmianę)* |  |
| **Celem kontynuacji dotychczasowego orzeczenia** *(dotyczy osób, u których ważność orzeczenia upłynie w ciągu najbliższych 30 dni)* |  |
| **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  *(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)* |  |

**DANE OSOBY ZAINTERESOWANEJ**

**Imię 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:** (wypełnić w przypadku braku zameldowania na pobyt stały)**4**

**Adres korespondencji:**

**Telefon kontaktowy:**       **e-mail: 5**

**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,

1. korzystania z systemu środowiskowego   
    wsparcia w samodzielnej egzystencji,
2. spełniania przesłanek określonych w Prawie o   
    ruchu drogowym *(karta parkingowa)*,
3. korzystania ze świadczeń pomocy społecznej,
4. uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
5. uzyskania przez opiekuna świadczenia   
    pielęgnacyjnego,
6. uzyskania prawa do zamieszkiwania w   
    oddzielnym pokoju,
7. uzyskania przez opiekuna urlopu   
    wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
8. korzystania z innych ulg i uprawnień na   
    podstawie odrębnych przepisów,
9. innych (wymienić jakich)

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

**DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ OSOBY ZAINTERESOWANEJ**

**Sytuacja społeczna i zawodowa:**

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

żonaty  zamężna  bez wykształcenia szkolnego

rozwiedziony  rozwiedziona  podstawowe

w separacji  w separacji  zasadnicze

wdowiec  wdowa  średnie

kawaler  panna  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 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 [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: 6**

**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. 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.

6. 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 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);
4. **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 internetow](https://www.poznan.uw.gov.pl/rezerwacja-internetowa-wizyty-paszportowej)a);
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](https://www.poznan.uw.gov.pl/punkty-obslugi-klienta-w-wojewodztwie-wielkopolskim));
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*

1. **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](mailto:iod@powiat.poznan.pl) lub pisemnie, na adres: Starostwo Powiatowe w Poznaniu,  ul. Jackowskiego 18, 60-509  Poznań.   1. 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). 2. 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. 3. Pani/Pan, których dane dotyczą, mają prawo do:    1. dostępu do swoich danych osobowych,    2. 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.   1. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych. 2. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. 3. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu. 4. Odbiorcami danych są podmioty określone w przepisach prawa. |