|  |  |
| --- | --- |
| **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, |

**wydane przez:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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)*

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