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

1.
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 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.
 |