|  |  |
| --- | --- |
| **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: 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. 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* |

**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 3 miesiące 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*

|  |
| --- |
| KLAUZULA INFORMACYJNA Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informuję, iż:1. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa Współadministratorami Pana/Pani danych osobowych jest:
	1. Starosta Poznański z siedzibą przy ul. Jackowskiego 18, 60-509 Poznań, e-mail: starostwo@powiat.poznan.pl
	2. Przewodnicząca Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności, którego siedziba mieści się przy ul. Słowackiego 8, 60-822 Poznań, e-mail: orzekanie@powiat.poznan.pl
2. Wyznaczono wspólnego inspektora ochrony danych osobowych, z którym można kontaktować się 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 realizacji ustawowych zadań urzędu - na podstawie art. 6 ust. 1 lit c i e oraz art. 9 ust. 2 lit. c i g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych oraz zgodnie z ustawą z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym i z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
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. Ma Pan/Pani prawo do żądania od Administratora:
6. dostępu do swoich danych osobowych,
7. sprostowania danych, które są nieprawidłowe,
8. usunięcia danych, gdy:
* dane nie są już niezbędne do celów, dla których zostały zebrane,
* dane przetwarzane są niezgodnie z prawem,
1. 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 Pan/Pani prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie (00-193) ul. Stawki 2.
2. Podanie danych osobowych nie jest wymogiem ustawowym, jednakże ich niepodanie może wpłynąć na odmowę podjęcia działań, przebieg lub wynik prowadzonej sprawy.
3. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu.
4. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
 |