

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 UPRAWNIENÍ

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

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 [ubezważsownienie 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)

- ☐ nie składałam/em ☐ składałam/em wniosku o wydanie orzeczenia w roku;
- ☐ pobieram ☐ nie pobieram: ☐ świadczenia rentowe ☐ emeryturę
- 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.
- 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.
- 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

Podpis osoby zainteresowanej
i/lub przedstawiciela ustawowego

6

Instrukcja wypełnienia wniosku

ü 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.

ü 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.

ü W przypadku złożenia wniosku przez opiekuna prawnego należy przedstawić dokument potwierdzający fakt jego ustanowienia.

ü 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*

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:
 - a) Starosta Poznański z siedzibą przy ul. Jackowskiego 18, 60-509 Poznań, e-mail: starostwo@powiat.poznan.pl
 - b) Przewodnicząca Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności, którego siedziba mieści się przy ul. Słowackiego 8, 60-822 Poznań.
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:
 - a) dostępu do swoich danych osobowych,
 - b) sprostowania danych, które są nieprawidłowe,
 - c) usunięcia danych, gdy:
 - dane nie są już niezbędne do celów, dla których zostały zebrane,
 - dane przetwarzane są niezgodnie z prawem,
 - d) 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 Pan/Pani prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych nie jest wymogiem ustawowym, jednakże ich niepodanie może wpłynąć na odmowę podjęcia działań, przebieg lub wynik prowadzonej sprawy.
8. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu.
9. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.