

WNIOSEK

o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (wypełnia osoba zainteresowana DRUKOWANYMI LITERAMI)

Nr sprawy ZO.5215. .20

.....
Miejscowość i data

Wniosek składam (zaznaczyć znakiem X):

- po raz pierwszy
- w związku ze zmianą stanu zdrowia proszę o zmianę orzeczenia z dnia.....
- w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia z dnia.....
- w celu ustalenia wskazania do karty parkingowej na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1i 2 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. *Prawo o Ruchu drogowym (Dz. U. Z 2012 r. poz. 1134, ze zm.)*
- inne.....

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia.....

Nr PESEL

Adres zameldowania stałego

Adres pobytu lub korespondencji (jeżeli jest inny niż zameldowania).....

Nr i seria dowodu osobistego (paszportu)Nr tel.

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego (dotyczy osób pomiędzy 16-18 rokiem życia lub ubezwłasnowolnionych)

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Chrzanowie

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów:

- odpowiedniego zatrudnienia,
- szkolenia,
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- korzystania z rehabilitacji,
- korzystania z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych
- zasiłku pielęgnacyjnego,
- zasiłku stałego,
- uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
- korzystania z karty parkingowej,
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
- inne (jakie?)

CEL PODSTAWOWY (należy wybrać jeden):.....

Uzasadnienie wniosku:

1. sytuacja społeczna:

stan cywilny:..... ilość dzieci i ich wiek.....osoby wspólnie zamieszkujące:.....

2. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego, jakiego:

niezbędne wskazane zbędne

.....

3. sytuacja zawodowa:

wykształcenie:.....zawód wyuczony:.....

obecne zatrudnienie:.....

zawód wykonywany:.....

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość
Data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Numer PESEL

Numer i seria dowodu osobistego

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....
.....
.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:

.....
.....
.....
.....
.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

.....
.....
.....
.....

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

.....
.....
.....

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....
.....

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych (w załączeniu):

.....
.....
.....

Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

.....
.....
.....

• Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?
Tak / Nie*

• Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (rok)

• Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (rok)

.....

• W/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.
Tak / Nie*

• W/w Pan/i jest trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności z powodu długotrwałej i nierokującej choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo.

Tak / Nie*

Jeśli tak – proszę określić przyczyny niestawiennictwa.....

.....
.....
.....

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

UWAGA! NINIEJSZE ZAŚWIADCZENIE LEKARKIE TRACI WAŻNOŚĆ PO UPLYWIE 30 DNI OD DATY WYSTAWIENIA

* niepotrzebne skreślić

..... Chrzanów

Dane Wnioskodawcy:

Nazwisko Imię

Nr PESEL

nr telefonu komórkowego

adres e-mail.....

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. 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) tzw. RODO wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Chrzanowie ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów, w celu:

orzekania o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności i wskazaniach do ulg i uprawnień, wydania legitymacji dla osoby niepełnosprawnej oraz karty parkingowej, jak również kontaktowania się telefonicznie i poczty elektronicznej informacji w związku z prowadzonym postępowaniem

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki, o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie.

Zostałem również poinformowany o tym, że dane zbierane są przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Chrzanowie ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Podstawa prawna:

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 roku tzw. RODO 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).