

Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

(dotyczy osób, które ukończyły 16 rok życia)

Instrukcja wypełniania w 3 krokach

1. WYPEŁNIAJ WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznaczaj X
3. Wypełniaj kolorem niebieskim

Nr sprawy : ZO.8421.1.

Wniosek składam: (właściwe zaznaczyć znakiem X)

- Po raz pierwszy
- W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia
- W związku ze zmianą stanu zdrowia

Dane osobowe osoby zainteresowanej

Imię pierwsze

Imię drugie

Nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia.....

Numer PESEL

Nr i seria dowodu osobistego

Adres zameldowania

Adres pobytu powyżej 2 miesięcy (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania)

.....

Adres do korespondencji.....

Telefony kontaktowe

Dane osobowe przedstawiciela ustawowego (wypełnić w przypadku osób między 16 a 18 rokiem życia lub w przypadku, gdy osoba zainteresowana nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych [ubezważnowolnienie częściowe lub całkowite])

Imię pierwsze

Imię drugie

Nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia.....

Numer PESEL

Nr i seria dowodu osobistego

Adres zameldowania

Adres pobytu powyżej 2 miesięcy (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania)

.....

Adres do korespondencji.....

Telefony kontaktowe

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów (właściwe zaznaczyć znakiem X)

1. odpowiedniego zatrudnienia
2. szkolenia
3. uczestnictwa w terapii zajęciowej
4. konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
5. korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
6. korzystania z karty parkingowej
7. korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
8. uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
9. uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
10. zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
11. uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
12. korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
13. innych (wymienić jakich)

Celem podstawowym jest (wybrać jeden cel od punktów 1 do 13).....
(właściwe zaznaczyć znakiem X) **mogę** **nie mogę** przybyć na posiedzenie składu orzekającego

Dane dotyczące sytuacji społecznej i zawodowej

1) Stan cywilny

2) Zdolność do samodzielnego funkcjonowania (właściwe zaznaczyć znakiem X)

a) wykonywanie czynności samoobsługowych: **samodzielnie** **z pomocą** **opieka**

b) poruszanie się: **samodzielnie** **z pomocą** **opieka**

c) prowadzenie gospodarstwa domowego: **samodzielnie** **z pomocą** **opieka**

3) Sytuacja zawodowa (właściwe zaznaczyć znakiem X)

a) wykształcenie: niepełne podstawowe podstawowe gimnazjalne zasadnicze
 średnie wyższe

b) zawód wyuczony

c) obecne zatrudnienie **nie pracuje** **pracuje**

d) aktualnie wykonywany zawód

e) miejsce zatrudnienia.....

Oświadczam, że:

1. Aktualnie (właściwe zaznaczyć znakiem X)

nie pobieram świadczenia rentowego

pobieram świadczenia rentowe z tytułu (właściwe zaznaczyć znakiem X)

częściowej niezdolności do pracy

całkowitej niezdolności do pracy

niezdolności do samodzielnej egzystencji

pierwszej grupy inwalidzkiej

drugiej grupy inwalidzkiej

trzeciej grupy inwalidzkiej

inne (jakie?)

2. Świadczenia rentowe wypłaca /nazwa instytucji/

.....

3. Oświadczam, że:(właściwe zaznaczyć znakiem X)

nie składałem (am)

składałem (am)

uprzednio wniosek o ustalenie niepełnosprawności/ stopnia niepełnosprawności:

data wydania orzeczenia

nazwa zespołu.....

nr akt.....

z jakim skutkiem

orzeczenie jest ważne do dnia

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy (art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1444, ze zm.) - „ 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”.

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia (oryginał), wydane przez lekarza leczącego wydane nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku.
2. Inną istotną dokumentację medyczną np. wypisy ze szpitala, badania specjalistyczne, konsultacje, inne dokumenty-**oryginały i kserokopie.**
3. Orzeczenia lekarza Orzecznika ZUS o niezdolności do pracy / orzecznika KiZ / KRUS / o przyznanej grupie inwalidzkiej / orzeczenia Zespołu (wszystkie) – **oryginały i kserokopie.**

.....

data i czytelny podpis osoby zainteresowanej lub przedstawiciela ustawowego

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informujemy, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Przewodnicząca Miejskiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Koninie (62-500 Konin, ul. Stanisława Staszica 17),
2. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych –
andrzej.andrzejewski-iod@konin.um.gov.pl,
3. Pani/Pana dane osobowe, przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Koninie - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., na podstawie Art. 9 ust.1, ust.2 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r oraz Art. 6 Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j.: Dz. U. z 2023 r. poz. 100, ze zm.),
4. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną,
6. posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych oraz prawo do ich sprostowania,
7. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,
8. podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem (Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j.: Dz. U. z 2023 r. poz. 100, ze zm.) jest obligatoryjne.

.....
data i czytelny podpis osoby zainteresowanej lub przedstawiciela ustawowego