

**Wniosek
w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**

Wniosek składam: pierwszy raz kolejny raz (kontynuacja)
 celem zmiany wskazań w związku ze zmianą stanu zdrowia

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia

Nr i seria dowodu osobistego/paszportu/legitymacji szkolnej

Nr PESEL

Adres zameldowania.....

Adres zamieszkania.....

Adres do korespondencji.....

Nr telefonu.....

Dane osobowe przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego
(w przypadku wniosków osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych)

Imię i nazwisko.....

Nr PESEL

Adres zamieszkania.....

Adres do korespondencji.....

Nr telefonu.....

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności w Gdyni**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie mi orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w celu:

CEL PODSTAWOWY (wybrać jeden z niżej wymienionych):

a także dla celów (właściwe zaznaczyć znakiem X):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Odpowiedniego zatrudnienia | <input type="checkbox"/> Uczestnictwa w terapii zajęciowej | <input type="checkbox"/> Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej |
| <input type="checkbox"/> Szkolenia | <input type="checkbox"/> Karta parkingowa | <input type="checkbox"/> Zasiłek pielęgnacyjny |
| <input type="checkbox"/> Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze | <input type="checkbox"/> Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> Świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy (dla opiekuna) |
| <input type="checkbox"/> Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju | <input type="checkbox"/> Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów | <input type="checkbox"/> Inny (podać jakie) |

1. Sytuacja społeczna:

- stan cywilny: a) kawaler / panna* b) żonaty / zamężna* c) wdowiec / wdowa*
d) rozwiedziony / rozwiedziona* e) separowany / separowana*

2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

- a) wykonywanie czynności samoobsługowych: samodzielnie / z pomocą / opieka *
(mycie się, ubieranie)
- b) poruszanie się w środowisku: samodzielnie / z pomocą / opieka *
- c) prowadzenie gospodarstwa domowego: samodzielnie / z pomocą / opieka *
(pranie, sprząatanie, gotowanie)

3. Sytuacja zawodowa:

- a) wykształcenie..... b) zawód wyuczony.....
- c) pracuje / nie pracuje *
miejsce pracy.....
od kiedy..... wykonywany zawód.....

Oświadczenia:

- Pobieram** / **Nie pobieram*** świadczenia z ubezpieczenia społecznego, jakie:
 renta: z tytułu częściowej / całkowitej niezdolności do pracy / niezdolności do samodzielnej egzystencji/
 szkoleniowa*;
 renta inwalidzka: wojskowa / policyjna / I grupa / II grupa / III grupa*;
 emerytura; **renta rodzinna**; **świadczenie rehabilitacyjne**; **inne*** (jakie?)
- Oświadczam, że aktualnie **toczy się** / **nie toczy się*** w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznym lub sądem powszechnym w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności (podać jakim)
- Składano** / **Nie składano*** uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:
jeżeli tak, to: Nr orzeczenia,, z dnia
(data wydania orzeczenia)
ze skutkiem: odmowa / lekki / umiarkowany / znaczny stopień niepełnosprawności,
orzeczenie wydane na okres do: / na stałe *
(data ważności orzeczenia)
- Oświadczam, że **mogę samodzielnie** / **mogę z pomocą** / **nie mogę*** przybyć na posiedzenie składu orzekającego.
Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby.
- Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu** do momentu zakończenia postępowania w sprawie (art.41 Kodeksu postępowania administracyjnego).
- Oświadczam, że w razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez **lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego**, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
- Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a o tym, że:**
 - Administratorem danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Gdyni (81-395) przy ul. Władysława IV 43, tel. 58 880 83 78, mail: pzon@gcz.gdynia.pl.
 - Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, mail: iod@gcz.gdynia.pl.
 - Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności oraz innych dokumentów z orzeczeniem związanych, a także archiwizacji na podstawie art. 6 ust. 1, lit. c) RODO.
 - Przysługuje mi prawo do dostępu, sprostowania oraz usunięcia swoich danych osobowych, ograniczenia ich przetwarzania, do ich przenoszenia, a także prawo do wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych.
 - Przysługuje mi prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, zajmującego się ochroną danych osobowych, w sytuacji uznania, że dane przetwarzane są niezgodnie z przepisami prawa.
 - Okres przetwarzania moich danych osobowych przez Administratora wynika z określonych przepisów prawa oraz Instrukcji Kancelaryjnej.
 - Moje dane osobowe mogą być udostępnione innym podmiotom z którymi Administrator zawarł umowy o powierzeniu danych osobowych i nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz profilowaniu.
- Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....
data i **czytelny podpis** osoby zainteresowanej /
przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego

*właściwe zaznaczyć