

Adnotacje urzędowe (wypełnia pracownik PZON):
(pieczęć organu z datą wpływu podania)

Numer sprawy: PZON.....
Poprzedni numer sprawy: PZON
☐ sprawdzono z dokumentem potwierdzającym tożsamość
☐ sprawdzono w bazie ogólnopolskiego systemu EKSMOoN
☐ wprowadzono do bazy systemu EKSMOoN

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI¹

Wnoszę o (proszę wstawić wyłącznie JEDEN znak: „X” w odpowiednie miejsce):

WYDANIE ORZECZENIA PO RAZ PIERWSZY (dotyczy osoby nieubiegającej się dotychczas o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)	
PONOWNE WYDANIE ORZECZENIA - W ZWIĄZKU Z ZAISTNIAŁĄ ZMIANĄ STANU ZDROWIA (dotyczy osoby posiadającej ważne [ostateczne i prawomocne] orzeczenie o niepełnosprawności, która ubiega się o jego zmianę [w trakcie ważności poprzedniego orzeczenia])	
PONOWNE WYDANIE ORZECZENIA (dotyczy osoby, u której ważność poprzedniego orzeczenia upłynęła lub upłynie w ciągu najbliższych 30 dni) ²	

DANE OSOBOWE OSOBY ZAINTERESOWANEJ (tj.: osoby w stosunku, do której zostanie wydane orzeczenie)

Imię (imiona) i nazwisko:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia: Obywatelstwo.....

Adres miejsca zameldowania (na pobyt stały)³:
(w kolejności: kod pocztowy; miejscowość, ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

Adres miejsca pobytu⁴:
(w kolejności: kod pocztowy; miejscowość, ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

Adres do korespondencji⁵:
(w kolejności: kod pocztowy; miejscowość, ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

Nazwa, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość⁶:

Numer ewidencyjny PESEL:

Posiadany numer telefonu:

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (należy wypełnić wyłącznie w przypadku, gdy osoba zainteresowana nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych [dot. osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej])

Imię (imiona) i nazwisko:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia: Obywatelstwo.....

Adres miejsca zameldowania (na pobyt stały)³:
(w kolejności: kod pocztowy; miejscowość, ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

Adres miejsca pobytu⁴:
(w kolejności: kod pocztowy; miejscowość, ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

Adres do korespondencji⁵:
(w kolejności: kod pocztowy; miejscowość, ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

Nazwa, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość⁶:

Numer ewidencyjny PESEL:

¹ Pojęcie osoby zainteresowanej dotyczy powyżej 16-go roku życia.

² Wniosek należy złożyć nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego ostatecznego i prawomocnego orzeczenia.

³ Pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania

⁴ Adres miejsca pobytu należy wypełnić wyłącznie w przypadku osób (właściwą rubrykę zaznaczyć stawiając w polu: „☐” wyłącznie jeden znak: „X”):

- 1) ☐ bezdomnych;
- 2) ☐ przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych;
- 3) ☐ przebywających w zakładach karnych lub poprawczych;
- 4) ☐ przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

⁵ W przypadku zbieżności adresu korespondencyjnego z adresem miejsca stałego pobytu/miejsca pobytu należy wpisać skrót : „jw. (UWAGA - gdy osoba zainteresowana działa poprzez przedstawiciela ustawowego – korespondencję doręcza się temu przedstawicielowi [na wskazany przez tą osobę adres do korespondencji]).

⁶ Dokumentami potwierdzającymi tożsamość są: dowód osobisty/paszport.

**DO POWIATOWEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
W DĄBROWIE GÓRNICZEJ (zwanego dalej: PZON w Dąbrowie Górniczej)**

Zwracam się z wnioskiem o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów (proszę wstawić znak: „X” w odpowiednie miejsca):

1.		Odpowiedniego zatrudnienia
2.		Szkolenia (w tym specjalistycznego)
3.		Zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej
4.		Uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej
5.		Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne
6.		Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (usługi socjalne, opiekuńcze, terapeutyczne i rehabilitacyjne świadczone przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki)
7.		Korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 - ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym (karta parkingowa)
8.		Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej (np.: zasiłek stały / okresowy)
9.		Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
10.		Uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
11.		Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju (dotyczy: „dodatku mieszkaniowego / energetycznego”)
12.		Uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
13.		Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
14.		Innych (wymienić jakich):

CEL PODSTAWOWY ZŁOŻENIA WNIOSKU (wpisać w polu „☐” JEDEN numer od 1. do 14.): ☐

DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ OSOBY ZAINTERESOWANEJ

Stan cywilny (proszę wstawić wyłącznie JEDEN znak: „X” w odpowiednie miejsce):

kawaler / panna	
żonaty / zamężna	
wdowiec / wdowa	
rozwódziona / rozwiedziony	
separowany / separowana	

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania (proszę wstawić tylko JEDEN znak „X” w odpowiednie miejsce w każdym z trzech wierszy):

Czynności	samodzielnie	z pomocą	opieka
Wykonywanie czynności samoobsługowych (higiena osobista, spożywanie, przygotowanie posiłków, ubieranie się, itp.)			
Poruszanie się w środowisku (chodzenie, poruszanie się w domu i poza domem, itp.)			
Prowadzenie gospodarstwa domowego (zakupy, sprzątanie, gotowanie, itp.)			

DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI ZAWODOWEJ OSOBY ZAINTERESOWANEJ

Wykształcenie (proszę wstawić tylko jeden znak „X” w odpowiednie miejsce):

podstawowe nieukończone	
podstawowe	
zasadnicze	
średnie	
wyższe	

Zawód wyuczony:.....

Czy aktualnie wykonuje pracę zarobkową (właściwą rubrykę zaznaczyć stawiając w polu: „☐” znak: „☒”): ☐TAK ☐NIE

Zawód (obecnie) wykonywany:

Oświadczam, że (właściwą rubrykę zaznaczyć stawiając w polu: „☐” znak: „☒”):

1. ☐ pobieram / ☐ nie pobieram:
☐ świadczenie rentowe: (należy wskazać nazwę pobieranego świadczenia:)
☐ emeryturę.

2. ☐ **Mogę** (samodzielnie lub w towarzystwie osoby drugiej) / ☐ **Nie mogę - przybyć na posiedzenie składu orzekającego.** (W przypadku niemożności przybycia należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność uczestnictwa w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej, nierokującej poprawy choroby).
3. **Jestem świadomy/a**, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja medyczna okaże się niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności - Przewodniczący PZON w Dąbrowie Górniczej wzywa do jej uzupełnienia - z pouczeniem, że nie uzupełnienie jej w określonym przez organ terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
4. **Zobowiązuję się powiadomić** - PZON Dąbrowie Górniczej o każdej zmianie mojego adresu do momentu zakończenia postępowania - zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (zwanej dalej: k.p.a.). W razie zaniedbania tego obowiązku - jestem świadomy/a iż doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.
5. **Oświadczam**, iż dane zawarte we wniosku o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności są zgodne z prawdą.
6. **Oświadczenie o miejscu pobytu stałego:**

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2012 r. o ewidencji ludności, zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że moim miejscem pobytu stałego jest:

.....
(adres miejsca pobytu stałego)

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* - *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 do lat 3* potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe w dniu składania oświadczenia.

.....
własnoręczny podpis osoby zainteresowanej⁷
i/lub przedstawiciela ustawowego⁸

**W MOMENCIE SKŁADANIA WNIOSKU O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI NALEŻY
DOŁĄCZYĆ NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY:**

1. **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE** zawierające opis stanu zdrowia, rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących (potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych), wydane przez lekarza, pod którego opieką lekarską znajduje się osoba zainteresowana, wydane nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku.
 2. **DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ** (jest to np.: historia zdrowia i choroby / karty informacyjne leczenia szpitalnego / wyniki badań specjalistycznych) w formie: wyciągów, odpisów, kopii (kserokopii / skanów) lub wydruków. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. W przypadku posiadania uwierzytelnionych kopii (kserokopii) dokumentacji medycznej - istnieje możliwość ich poświadczenia w PZON w Dąbrowie Górniczej na potrzeby postępowania o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. Przy czym w tej sytuacji należy przedstawić (do wglądu) oryginały tych dokumentów oraz ich samodzielnie wykonane kopie (kserokopie). Zgodnie bowiem z art. 76a § 2b zdanie pierwsze k.p.a. - upoważniony pracownik organu prowadzącego postępowanie, któremu został okazany oryginał dokumentu wraz z odpisem, na żądanie strony, poświadcza zgodność odpisu dokumentu z oryginałem.
 3. **INNE DOKUMENTY MOGĄCE MIEĆ WPLYW NA USTALENIE STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** (np. orzeczenia organów rentowych).
-
4. **W PRZYPADKU ZŁOŻENIA WNIOSKU PRZEZ PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO** – należy przedstawić dokument potwierdzający fakt jego ustanowienia.
 5. **W PRZYPADKU WYSTĄPIENIA Z WNIOSKIEM O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PRZEZ OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ LUB (W PRZYPADKU PRZEKSZTAŁCENIA OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ) PRZEZ CENTRUM USŁUG SPOŁECZNYCH** – należy załączyć pisemną zgodę osoby zainteresowanej (lub przedstawiciela ustawowego), potwierdzającą możliwość wystąpienia z wnioskiem.
 6. **W PRZYPADKU REPREZENTOWANIA STRONY PRZEZ PEŁNOMOCNIKA** - należy dołączyć do akt oryginał lub urzędowo poświadczony odpis pełnomocnictwa do reprezentowania strony. Adwokat, radca prawny, rzecznik patentowy, a także doradca podatkowy, mogą sami uwierzytelić odpis udzielonego im pełnomocnictwa oraz odpisy innych dokumentów\wykazujących ich umocowanie.

⁷ W przypadku niemożności złożenia podpisu - osoba nie mogąca 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 wpisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis, albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby nie mogącej pisać.

⁸ W przypadku osób zainteresowanych niepełnoletnich - reprezentowanych przez przedstawiciela ustawowego - ze względu na konieczność przeprowadzenia badania lekarskiego, wymagany jest podpis: osoby zainteresowanej oraz przedstawiciela ustawowego tej osoby.

GODZINY PRZYJMOWANIA INTERESANTÓW
(Al. J. Piłsudskiego 2, 41-300 Dąbrowa Górnicza
pokój 013[parter])

**Numer telefonu Powiatowego Zespołu do
Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
w Dąbrowie Górniczej**

PONIEDZIAŁEK	9.00 – 13.00
WTOREK	9.00 – 13.00
ŚRODA	9.00 – 13.00
CZWARTEK	7.00 – 15.00
PIĄTEK	9.00 – 13.00

571 332 370
571 332 371
571 332 372

Strona internetowa: www.mops.com.pl/niepelnosprawnosc - wybrać Powiatowy Zespół
e-mail: pzoondg@mops.com.pl

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds.Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Dąbrowie Górniczej przy Al. Piłsudskiego 2;
2. W Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Dąbrowie Górniczej wyznaczono inspektora ochrony danych, z którym może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach Pani/Pana z przetwarzaniem danych osobowych w siedzibie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Dąbrowie Górniczej przy Al. Piłsudskiego 2, kontakt mailowy: iodo@mops.com.pl
3. Pani/Pana dane osobowe, przetwarzane będą w celu wydania **orzeczenia o stopniu niepełnosprawności / legitymacji osoby niepełnosprawnej / karty parkingowej** na podstawie art. 6 ust. 1 pkt c oraz art. 9 ust. 2 pkt b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych;
4. Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane następującym odbiorcom danych w rozumieniu art. 4 pkt 9 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych: podmiotom, z którymi PZON zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych;
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z jednolitego rzeczowego wykazu akt;
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych dziecka oraz prawo ich sprostowania;
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym wynikającym z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz ustawy Prawo o ruchu drogowym, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku;
9. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Potwierdzam zapoznanie się z informacją:

.....

data i podpis