

**WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA
O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
pierwszorazowy**/powtórny**/ ze względu na zmianę stanu zdrowia****

Nr sprawy **PZO.711.** **20.....** (wypełnia organ)

Imię/imiona i nazwisko

Data urodzeniaMiejsce urodzenia..... PESEL.....

Adres zameldowania

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

Adres do korespondencji.....
(należy wypełnić jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Seria i nr dowodu tożsamości.....

Nr telefonu adres poczty elektronicznej:
(podanie numeru telefonu i adresu poczty elektronicznej nie jest obowiązkowe i jest jednocześnie wyrażeniem zgody na ich przetwarzanie)

Imię/imiona i nazwisko przedstawiciela ustawowego *

* (wypełnić w przypadku, gdy osobą zainteresowaną jest: dziecko w wieku od 16 do 18 lat lub osoba ubezwłasnowolniona – należy potwierdzić ten fakt postanowieniem sądu)

Seria i nr dowodu tożsamości*.....PESEL*.....

Adres pobytu

**Do Powiatowego Zespołu d/s Orzekania
o Niepełnosprawności w Braniewie**

Zwracam się z wnioskiem o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności do celów:**

1. odpowiedniego zatrudnienia,
2. szkolenia w tym specjalistycznego,
3. uczestnictwa w terapii zajęciowej,
4. konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
5. korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,
6. spełniania przesłanek określonych w art.8 ust. 3a pkt. 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1047 ze zm.)
7. korzystania ze świadczeń pomocy społecznej,
8. uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
9. uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
10. zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
11. korzystania z ulg i uprawnień,
12. inne

Uzasadnienie wniosku:

1. Stan cywilny.....
2. Czynności samoobsługowe wykonuję **samodzielnie / z pomocą innych osób / opieka****
3. Poruszam się w środowisku **samodzielnie / z pomocą innych osób / opieka ****
4. Prowadzę gospodarstwo domowe **samodzielnie / z pomocą innych osób / opieka****
5. **Korzystam / nie korzystam** ze sprzętu rehabilitacyjnego (jakiego?)*.....
6. Posiadam wykształcenie....., zawód wyuczony.....
7. Jestem zatrudniony **tak / nie **** zawód wykonywany.....

Oświadczam, że:

1. pobieram / nie pobieram ** świadczenie pieniężne z ZUS (emerytura, renta), KRUS (emerytura,

* wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca jest ubezwłasnowolniony lub niepełnoletni

renta), z pomocy społecznej (jakie?).....

2. Składałam/em wniosek / nie składałam/em** wniosku o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub o niepełnosprawności w dniu i uzyskałam orzeczenie Nr..... z dnia ważne do dnia
3. Mogę/ nie mogę** przybyć na posiedzenie składu orzekającego (jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby),
4. **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.**

Zgodnie z § 15 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 857) **osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane na czas określony i starająca się o jego kontynuację, może złożyć wniosek o ponowne ustalenie stopnia niepełnosprawności, nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia.**

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadoma/y odpowiedzialności za zatajenie prawdy lub podanie nieprawdy .

Do poprawnie wypełnionego wniosku należy dołączyć:

1. prawidłowo wypełnione zaświadczenie lekarskie (ważne 30 dni od daty wystawienia do daty złożenia dokumentów w Zespole,
2. kserokopie dokumentacji medycznej (historie choroby z poradni specjalistycznych, wypisy ze szpitala, wyniki specjalistycznych badań) - **potwierdzone za zgodność z oryginałem**
3. kserokopię posiadanego wcześniej orzeczenia o niepełnosprawności, **orzeczenia ZUS, KRUS, KIZ itp. (potwierdzone za zgodność z oryginałem),**
4. kserokopię zaświadczenia lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych.

Administratorem danych osobowych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Braniewie Pl. Piłsudskiego 2. Dane osobowe są przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. A i lit. C oraz art. 9 ust. 2 lit. B RODO (Dz. Urz. UE 2016: L.119/1), w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 44). Pełna treść informacji o przetwarzaniu danych osobowych jest dostępna na stronie internetowej PCPR w Braniewie (www.pcpr.braniewo.pl)>Osoby niepełnosprawne>Orzekanie o niepełnosprawności>Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności), jest dostępna w biurze Zespołu oraz mogą ją Państwo otrzymać na piśmie w biurze Zespołu, podczas składania wniosku.

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela

** niepotrzebne skreślić