

**do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Górze**

☐ Po raz pierwszy

☐ W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia

☐ W związku ze zmianą w stanie zdrowia

Nr telefonu .....adres email ..... \*\*

1. ☐ odpowiedniego zatrudnienia
2. ☐ szkolenia
3. ☐ uczestnictwa w terapii zajęciowej
4. ☐ zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
5. ☐ korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
6. ☐ uzyskania karty parkingowej
7. ☐ korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej
8. ☐ uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
9. ☐ uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
10. ☐ zamieszkiwania w oddzielnym pokoju w związku z ubieganiem się o dodatek mieszkaniowy
11. ☐ uzyskanie przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
12. ☐ korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
13. inne – wymienić jakie.....

zawód aktualnie wykonywany.....

## Oświadczenia:

1. Pobieram świadczenie rentowe: ☐ TAK ☐ NIE\*

Jeżeli tak, to jakie:

- ☐ renta szkoleniowa
- ☐ renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy
- ☐ renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy
- ☐ renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji
- ☐ renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy
- ☐ renta rolnicza szkoleniowa
- ☐ wojskowa renta inwalidzka
- ☐ policyjna renta inwalidzka
- ☐ renta inwalidzka z powodu inwalidztwa I grupy
- ☐ renta inwalidzka z powodu inwalidztwa II grupy
- ☐ renta inwalidzka z powodu inwalidztwa III grupy
- ☐ inna .....

1. Aktualnie ☐ **toczy się** ☐ **nie toczy się\*** w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym, podać jakim.....
2. ☐ **Posiadam** ☐ **posiadałem/am orzeczenie\*** podać jakie, przez kogo wydane  
.....ważne do .....
3. Na posiedzenie składu orzekającego ☐ **mogę przybyć samodzielnie** ☐ **przybędę z opiekunem** ☐ **nie mogę przybyć \***
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.
5. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania (zgodnie z art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego).
6. ☐ **Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej, która stanowi załącznik nr 1 do wniosku, dotyczącej przetwarzania moich danych osobowych oraz osoby w imieniu której składam wniosek przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Górze.**

***Jestem świadomy (a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.***

## **! Do wniosku należy dołączyć:**

1. kserokopie posiadanej dokumentacji medycznej z procesu leczenia.
2. dotychczasowe orzeczenie o grupie inwalidzkiej lub stopniu niepełnosprawności.

Data .....

.....  
***czytelny podpis osoby składającej wniosek <sup>1</sup>***

<sup>1</sup> podpis osoby zainteresowanej lub, jeśli nie posiada ona zdolności do czynności prawnych, jej przedstawiciela ustawowego (w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej należy dołączyć postanowienie sądu).

\*\* *Dane nieobowiązkowe – wnioskodawca nie musi ich podawać, choć ich podanie może ułatwić kontakt z wnioskodawcą w celu rozpatrzenia wniosku i załatwienia sprawy.*

\* ☐ *właściwe zaznaczyć krzyżykiem*

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

..... data .....

***Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia***  
***Wydany dla potrzeb***  
***ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI***

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Numer PESEL .....

Numer i seria dowodu tożsamości .....

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 )

.....  
.....

7. 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 **zdolny/ trwale niezdolny\*\*** do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.

Uzasadnienie ( jeżeli jest niezdolny)

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

\_\_\_\_\_  
pieczętka i podpis lekarza

\*\*niepotrzebne skreślić



**Wniosek należy złożyć w ciągu 90 dni od daty wypełnienia zaświadczenia o stanie**

**zdrowia przez lekarza kierującego.**

**DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO DZIECKA\*\*\* (rodzic/opiekun prawny\*\*)**

Imię .....  
Nazwisko.....  
Data urodzenia ..... Miejsce urodzenia .....  
PESEL .....  
Dokument stwierdzający tożsamość: seria..... numer .....  
Adres zameldowania na pobyt stały .....  
Adres do korespondencji .....  
Telefon\* .....

\* ☐ właściwe zaznaczyć krzyżykiem

\*\* Dane nieobowiązkowe – wnioskodawca nie musi ich podawać, choć ich podanie może ułatwić kontakt z wnioskodawcą w celu rozpatrzenia wniosku i załatwienia sprawy.

\*\* Niepotrzebne skreślić

\*\*\* Wypełnić w przypadku dzieci do 18 r.ż lub w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej

---

**ZAŁĄCZNIK NR 1**

**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

W związku z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest : Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Górze, ul. Armii Polskiej 8, 56-200 Góra.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych: [iodo@amt24.biz](mailto:iodo@amt24.biz), tel. 76 300 01 40.
3. Administrator przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu/celach:
  - a) wypełnienia obowiązków prawnych ciążyących na Administratorze - art. 6 pkt.1 lit. c RODO;
  - b) realizacji umowy - art. 6 pkt. 1 lit.b RODO;
  - c) w pozostałych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody - art. 6 pkt. 1 lit. a RODO.
5. W związku z przetwarzaniem danych w celach o których mowa w pkt. 4 odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:
  - a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
  - b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Administratorem przetwarzają dane osobowe.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu dla którego zostały zebrane. W szczególności dane mogą być również przetwarzane przez wynikający z przepisów prawa okres związany z dochodzeniem i przedawnieniem roszczeń.
7. Posiada Pani/Pan prawo do edycji, wglądu, informacji o źródle pozyskania, sprzeciwu na dalsze przetwarzanie, a także prawo do bycia zapomnianym, chyba że w przepisach prawa wyraźnie wskazano inaczej lub żądanie stoi w sprzeczności z prawnie uzasadnionym interesem Administratora.
8. W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby na przetwarzanie danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit a RODO), przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, zgodnie z obowiązującym prawem.
9. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, w Polsce jest nim Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-913 Warszawa.
10. Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również profilowaniu.
11. Administrator nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych osobowych do państw trzecich (tj. państw spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego obejmującego Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię) lub do organizacji międzynarodowych.
12. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym w zakresie, o którym mowa w pkt. 4a i jest warunkiem zawarcia umowy w zakresie o którym mowa w pkt.4b.
13. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, podanie przez Panią/Pana danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.