

Wypełnia urząd:	
Sprawdzono w EKSMOON	
Sprawdzono dokument potwierdzający tożsamość:	
Przedstawiono oryginały dokumentów do wglądu	
Liczba przyjętych załączników	
Numer sprawy: ZON.8321.2. Cel :	

**Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności**
Wały J. Dąbrowskiego 2, 63-900 Rawicz
tel. (65) 545 35 05

Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
– dotyczy osób w wieku powyżej 16 roku życia

Wniosek składam:

☐	Po raz pierwszy (dotyczy osób, które wcześniej nie ubiegały się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)
☐	W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia (dotyczy osób, których ważność orzeczenia upłynie w ciągu najbliższych 30 dni)
☐	W związku ze zmianą stanu zdrowia (dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności i ubiegają się o jego zmianę)
☐	Celem ustalenia wskazania do karty parkingowej (dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane do dnia 30.06.2014 r. i utraciły prawo do korzystania z karty parkingowej)

(proszę postawić jeden X w odpowiednie miejsce)

Dane osoby zainteresowanej :

Imiona i nazwisko
 PESEL _ _ _ _ _ Obywatelstwoⁱ
 Data urodzenia Miejsce urodzenia
 Seria i numer dokumentu tożsamości (dowód osobisty, paszport, legitymacja szkolnaⁱⁱ)*
 Adres zameldowania na pobyt stały
 Adres zameldowania na pobyt czasowy
 Adres pobytu powyżej 2 miesięcy (jeśli jest inny, niż adresy zameldowania)
 Adres do korespondencji
 Numer telefonu e-mail

Dane przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego: (wypełnić tylko w przypadku osób od 16 do 18 roku życia
 lub w przypadku, gdy osoba zainteresowana nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych – ubezwłasnowolnienie całkowite lub
 częściowe – należy załączyć stosowne dokumenty)

Imiona i nazwisko
 PESEL _ _ _ _ _ Obywatelstwoⁱ
 Data urodzenia Miejsce urodzenia
 Seria i numer dokumentu tożsamości (dowód osobisty, paszport)*
 Adres zameldowania na pobyt stały
 Adres zameldowania na pobyt czasowy
 Adres pobytu powyżej 2 miesięcy (jeśli jest inny, niż adresy zameldowania)
 Adres do korespondencji
 Numer telefonu e-mail

Wniosek składam dla celów:

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 uprawnień do karty parkingowej	
7.	Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej	
8.	Uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego	
9.	Uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego	
10.	Uzyskania prawa do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju	
11.	Uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze	
12.	Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów (podać jakich):	

(proszę postawić X w odpowiednie miejsce)

Cel podstawowy (wyłącznie jeden): od 1 do 12 to

Sytuacja społeczna i zawodowa osoby zainteresowanej:

1. Stan cywilny....., stan rodzinny osób
2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:
 - a) wykonywanie czynności samoobsługowych samodzielnie - z pomocą* - opieka*
 - b) poruszanie się w środowisku samodzielnie - z pomocą* - opieka*
 - c) prowadzenie gospodarstwa domowego samodzielnie - z pomocą* - opieka*
3. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego – jakiego?
4. Sytuacja zawodowa: wykształcenie zawód wyuczony
obecne zatrudnienie–miejsce pracy
zawód wykonywany

Oświadczenia:

1. Aktualnie pobieram*/nie pobieram* świadczenie z ubezpieczenia społecznego tj. rentę*/ emeryturę*/
zasiłek pielęgnacyjny*/ dodatek pielęgnacyjny*/ rentę rodzinną*/ od kiedy
2. Aktualnie toczy się*/nie toczy się* w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem,
podać jakim
3. Składałem/am* /nie składałem/am* uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:
jeżeli tak, to kiedy
z jakim skutkiem
4. Mogę* / Nie mogę* przybyć na posiedzenie składu orzekającego, uwzględniając stan zdrowia.
5. Posiadam*/Nie posiadam* ważne/go orzeczenie – podać jakie (OKIZ*, ZUS*, KRUS*, MON*, MSWiA*)
o zaliczeniu dowydane
na okres dona stałe*.

6. **Jestem świadoma/y**, że jeżeli przedłożona do wniosku dokumentacja medyczna okaże się niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności Przewodniczący Powiatowego Zespołu do spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Rawiczu zawiadamia o konieczności jej uzupełnienia z pouczeniem, że niedostarczenie dokumentacji w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
7. **Zobowiązuję się** powiadomić Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Rawiczu o każdej zmianie mojego adresu do momentu zakończenia postępowania, zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego. W razie zaniedbania tego obowiązku – **jestem świadoma/y**, iż doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Do wniosku należy załączyć:

L.p.	Rodzaj dokumentu
1.	Oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia (druk ZON -2/2) - wypełnia lekarz, pod którego opieką lekarską znajduje się wnioskodawca. Zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia.
2.	Informacja dotycząca osoby orzekanej (druk ZON-2/3) - wypełnia osoba zainteresowana, przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny.
3.	Oświadczenie (druk ZON-2/4) - wypełnia wnioskodawca, przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny, gdy osoba orzekana posługuje się dokumentem tożsamości bez informacji o adresie zameldowania, a także w przypadku zmiany miejsca zamieszkania.
4.	Oświadczenie (druk ZON-2/5) - wypełnia wnioskodawca, przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny w przypadku ubiegania się o wydanie nowego orzeczenia ze wskazaniem do karty parkingowej. Dotyczy osób, które posiadają ważne orzeczenie (wydane przed 30.06.2014 r.) i utraciły prawo do posługiwania się kartą parkingową.
5.	Kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem lub kserokopie i oryginały do wglądu posiadanej dokumentacji medycznej (np.: historie chorób, opinie i badania specjalistyczne, karty informacyjne ze szpitala, konsultacje, wyniki opisowe badań RTG, EKG, EEG, TK, MR, USG i inne) oraz wszelkie inne dokumenty niemedyczne mogące mieć wpływ na wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (np. orzeczenia o niezdolności do pracy, orzeczenia o posiadanej grupie inwalidzkiej, orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności z innych zespołów, kserokopie świadectwa ukończenia szkoły, ukończenia kursów, szkoleń - gdy celem składanego wniosku jest odpowiednie zatrudnienie.
6.	Do wglądu dokument tożsamości (dowód osobisty, paszport lub legitymacja szkolna – dla osób do 18 roku życia) oraz dokumenty potwierdzające ustanowienie opiekuna prawnego.

Miejscowość, data

.....
czytelny podpis
osoby zainteresowanej, przedstawiciela ustawowego
lub opiekuna prawnego

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiat Rawicki reprezentowany przez Starostę Rawickiego mający siedzibę w Starostwie Powiatowym w Rawiczu ul. Rynek 17, 63-900 Rawicz. Pani/a dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji prawnych obowiązków Administratora danych. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art.6 ust.1 lit. e i art.9 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych RODO). Zgodnie z art 13 ww. rozporządzenia mają Państwo w szczególności prawo żądania dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania oraz prawo do ograniczenia przetwarzania. Ponadto posiada Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Pani/Pana dane osobowe mogą być przetwarzane również przez podmioty, na podstawie odrębnych przepisów prawa, w szczególności organy ścigania i organy kontrolne. Pani/Pana dane nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu. Pani/pana dane osobowe przechowywane przez wymagany w świetle obowiązującego prawa okres, w celu archiwizowania danych.

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych możliwy jest kontakt z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: iod@powiatrawicki.pl

ⁱ dotyczy cudzoziemca nieposiadającego numeru PESEL

ⁱⁱ dotyczy osób do 18 roku życia

* skreśl niepotrzebne