

DRUK WYPEŁNIAĆ CZYTELNIIE DRUKOWANYMI LITERAMI !

**WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
DO POWIATOWEGO ZESPOŁU DS. ORZĘKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W CHOJNICACH
/ dla osób powyżej 16 roku życia /**

Nr sprawy PZOON.500.
(wypełnia Powiatowy Zespół)

Wniosek składam (właściwe zaznaczyć krzyżykiem):

- po raz pierwszy** **w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia (nie wcześniej niż na 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia)**
- w związku ze zmianą stanu zdrowia**
(§ 15 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności - Dz. U. 2015 poz. 1110 ze zm.)

Dane osoby zainteresowanej:

Imię i nazwisko

Data urodzeniamiejsce

Seria i nr dokumentu tożsamości PESEL [_ [_ [_ [_ [_ [_ [_ [_ [_ []
(dowodu osobistego/paszportu/ legitymacji szkolnej*)

Adres zameldowania (stały, czasowy).....

Adres miejsca pobytu

Adres do korespondencji

Telefon kontaktowy [_ [_ [_ [_ [_ [_ [_ [_ [_ []

Dane 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/zaświadczenie o opiece):

Imię i nazwisko

Data urodzeniamiejsce

Seria i nr dowodu osobistegoPESEL [_ [_ [_ [_ [_ [_ [_ [_ [_ []

Adres zameldowania

Adres do korespondencji

ZWRACAM SIĘ O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA CELÓW (WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ):

Cel podstawowy
(jeden z poniżej podanych)

- odpowiedniego zatrudnienia,
- szkolenia,
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,
- korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 - Prawo o ruchu drogowym, ze względu na znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się,
- korzystania z systemu pomocy społecznej,
- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
- uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,

- uzyskania prawa do zamieszkania w oddzielnym pokoju (dotyczy osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich oraz osób, których niepełnosprawność wymaga zamieszkiwania w oddzielnym pokoju).
- korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów (jakich?)

Uzasadnienie wniosku :

1. Sytuacja społeczna:

stan cywilny
(kawaler/panna; żonaty/ zamężna; wdowiec/wdowa; rozwiedziony/rozwiedziona; separowany/separowana)
stan rodzinny
(liczba osób zamieszkujących razem z wnioskodawcą)

zdolność do samodzielnego funkcjonowania: (niepotrzebne skreślić) *

wykonywanie czynności samoobsługowych samodzielnie / z pomocą / opieka*
poruszanie się w środowisku (zdolność do samodzielności) samodzielnie / z pomocą / opieka*
prowadzenie gospodarstwa domowego samodzielnie / z pomocą / opieka*

2. Sytuacja zawodowa :

wykształcenie zawód wyuczony
obecne zatrudnienie : TAK / NIE * zawód wykonywany.....

Oświadczam, że :

1. pobieram (nie pobieram) * świadczenie z ubezpieczenia społecznego
jakie
(nazwa pobieranego świadczenia rentowego)
2. aktualnie toczy się (nie toczy się)* w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym,
podać jakim
3. składałem/am (nie składałem/am)* uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:
kiedy posiadam orzeczenie o
stopniu niepełnosprawności Nr PZOON
ważne do....., (na stałe), wydane przez Powiatowy Zespół w Chojnicach

w przypadku posiadania orzeczenia wydanego przez inny zespół należy dołączyć jego kserokopię

4. mogę (nie mogę)* samodzielnie / z osobą towarzyszącą* 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).

5. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji
specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez
lekarza, **jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**

6. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania
orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, przewodniczący Zespołu zawiadamia na piśmie
o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem,
że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.

**7. Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za
zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. Art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. 2017
poz. 2204)**

**8. Wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności jest
autentyczna i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności
dokumentów. Art. 270 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. 2017 poz. 2204)**

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych zgodnej z RODO

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Dyrektora Powiatowego
Centrum Pomocy z siedzibą w Chojnicach ul. Piłsudskiego 30. 2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że
są one zgodne z prawdą. 3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach
przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....
Miejscowość i data

.....
podpis osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)¹

.....
(miejscowość, data)

.....
(nr PESEL)

OŚWIADCZENIE

o miejscu pobytu stałego

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. *o ewidencji ludności* (Dz. U. z 2018 r., poz. 1382 tekst jednolity, z późn. zm.), zgodnie z którym pobytym stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że moim miejscem pobytu stałego/ miejscem pobytu stałego dziecka/ miejscem pobytu stałego osoby w imieniu której składam wniosek² 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* (Dz. U. z 2018 r, poz. 1600 tekst jednolity, z późn. zm.) - *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 od 6 miesięcy do lat 8* - potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

.....
(podpis)

¹ Osoba, której dotyczy wniosek o wydanie orzeczenia.

² Niepotrzebne skreślić.