

- 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 nie uzupełnienie 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 Przewodniczącego Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności 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