



**WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA
O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Miejsce

**Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności
pokój nr 3, parter, podjazd dla osób niepełnosprawnych od strony
zachodniej budynku
ul. Okrzei 49B, 28-300 Jędrzejów
Godziny pracy: poniedziałek - 7:30 - 16:30, wtorek - czwartek - 7:30-
15:30, piątek – 07:30-14:30**

Informacja

tel.: (41) 38 636 00 wew. 24
fax: (41) 38 60 00 wew. 24
e-mail: zon@powiatjedrzejow.pl

Wymagane dokumenty

1. Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności wraz z zaświadczeniem lekarskim o stanie zdrowia wydanym dla potrzeb Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności - druki dostępne poniżej, w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności bądź właściwym dla gminy Ośrodku Pomocy Społecznej

Załączniki

Kserokopia posiadanej dokumentacji medycznej świadczącej o przebiegu schorzenia/ń. W przypadku orzeczenia kolejnego jedynie dokumentacja, która przybyła od ostatniej komisji w Zespole.

Opłaty skarbowe

Nie dotyczy

Termin załatwienia sprawy

Do 30-60 dni od dnia doręczenia wniosku.

Tryb odwoławczy

1. Przyjęcie wniosku w sprawie wydania orzeczenia nie wymaga wydania decyzji nie ma więc podstaw do trybu postępowania odwoławczego.
2. W przypadku wniesienia sprzeciwu od orzeczenia, odwołanie wnosi się do Wojewódzkiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Kielcach, za pośrednictwem Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Jędrzejowie, w terminie 14 dni od daty doręczenia orzeczenia stronie.

Uwagi

1. W przypadku braku kompletu wymaganych dokumentów organ wzywa do uzupełnienia niezbędnej dokumentacji.
2. W przypadku nieuzupełnienia wymaganej dokumentacji w terminie wyznaczonym przez Zespół oraz niewystąpieniem z prośbą o zawieszenia postępowania do czasu jej uzupełnienia, organ pozostawia wniosek bez rozpoznania.

Opis

Podstawa prawna:
1. Ustawa z dnia 14.06.1960 r. Kodeks Postępowania Administracyjnego (Dz.U. z 2021 r., poz. 735),
2. Ustawa z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2021 r., poz.573 ze zm.),
3. Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 01.02.2002 r. w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16 roku życia (Dz. U. z 2002 r. Nr 17, poz. 162 z późn. zm.),
4. Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15.07.2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz.U. z 2021 r., poz. 857).

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

miejsowość.....

data

Nr sprawy

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia dziecka.....

PESEL dziecka.....

Numer dokumentu tożsamości dziecka (akt urodzenia lub legitymacja szkolna.....

Adres zamieszkania dziecka.....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka

PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka

.....

Nr telefonu

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Jędrzejowie

Zwracam się z prośbą o wydanie mi orzeczenia o niepełnosprawności dla celów :*

- zasiłku pielęgnacyjnego,
- uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- inne (jakie?)

Oświadczam, że:*

1. dziecko pobiera / pobierało zasiłek pielęgnacyjny
2. składano /nie składano uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności:
jeżeli tak to kiedy.....
z jakim skutkiem.....
3. dziecko może / nie może przybyć na badanie przedmiotowe. (jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i 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.

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.

Do wniosku załączam posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą stanu zdrowia dziecka.

- niepotrzebne skreślić

.....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej, gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA

wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności **-ważne 30 dni od daty wystawienia**

Imię i nazwisko dziecka :

PESEL dziecka :

Data urodzenia :

Miejsce zamieszkania :

Imię i nazwisko opiekuna prawnego dziecka :

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej :
.....
.....
.....
.....
 2. Przebieg schorzenia podstawowego :
.....
.....
.....
.....
 3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące :
.....
.....
.....
.....
 4. Rokowania (możliwości poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja :
.....
.....
.....
.....
 5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby :
.....
.....
.....
.....
 6. Wykaz badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznej i innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia dziecka (w załączeniu) :
.....
.....
.....
.....
 7. W/w dziecko wymaga stałej opieki i pomocy osoby drugiej w sposób przewyższający zakres opieki nad dzieckiem zdrowym w danym wieku. TAK/NIE*
 8. W/w dziecko jest trwale niezdolne do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności TAK / NIE *
- W przypadku zaznaczenia braku możliwości odbycia podróży, należy ten fakt uzasadnić (w przypadku braku merytorycznego uzasadnienia, dziecko zostanie wezwane na posiedzenie składu orzekającego)**
.....
.....
.....

.....
miejscowość, data

.....
pieczętka i podpis lekarza

Uwagi: Zaświadczenie winno być wypełnione w całości przez lekarza

Wyrażam dobrowolną zgodę do na przetwarzanie moich danych osobowych przez Przewodniczącego Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibę w Jędrzejowie, przy ul. Okrzei 49B w celu poinformowaniu o prowadzonej sprawie

telefonicznie - numer telefonu:

na podstawie wyrażonej dobrowolnie zgody na przetwarzanie danych osobowych – art. 6 ust.1 lit. A.

Informacje o przetwarzaniu Państwa danych osobowych znajdują się w Biuletynie Informacji Publicznej Powiatu Jędrzejowskiego pod adresem <http://www.powiatjedrzejow.pl>, jak również na tablicy ogłoszeń oraz w miejscach publicznie dostępnych na terenie funkcjonowania **Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Jędrzejowie**

Zostałem poinformowany o możliwości cofnięcia dobrowolnie wyrażonej zgody na przetwarzanie moich danych osobowych oraz zapoznałem się z klauzulą informacyjną w zakresie przetwarzania moich danych osobowych.

.....
Data i podpis

KLAUZULA INFORMACYJNA

Wypełniając obowiązek informacyjny w zakresie ochrony danych osobowych na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego 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 zwanym dalej „RODO” i dbając o Państwa dane osobowe przetwarzane przez nas informujemy, że:

Administrator Danych

Administratorem Państwa danych osobowych będzie **Starosta Jędrzejowski** z siedzibą w Jędrzejowie, przy ul. 11 Listopada 83. Możesz się z nami skontaktować:

- listownie: ul. 11 Listopada 83; 28-300 Jędrzejów;
- przez elektroniczną skrzynkę podawczą dostępną na stronie: <https://www.powiatjedrzejow.pl>
- drogą mailową: powiat@powiatjedrzejow.pl

Inspektor Ochrony Danych Osobowych

Inspektorem Ochrony Danych (IOD) jest pan Mariusz Piskorczyk. Można się z nim skontaktować email: mariusz.piskorczyk@powiatjedrzejow.pl lub poprzez Elektroniczną Skrzynkę Podawczą.

Cel i podstawy przetwarzania

Państwa dane osobowe będziemy przetwarzać w celu:

- a) postępowania rekrutacyjnego - art. 6 ust. 1 lit. C RODO, tj. Kodeks pracy, ustawa o pracownikach samorządowych.
- b) poinformowaniu o prowadzonej rekrutacji i jej wynikach telefonicznie, sms -owo, pocztą mailową na podstawie wyrażonej dobrowolnie zgody na przetwarzanie danych osobowych – art. 6 ust.1 lit. A.

Odbiorcy danych osobowych

Odbiorcami Państwa danych osobowych mogą być podmioty na podstawie przepisów prawa oraz podmioty, z którymi zawarliśmy umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, jak również podmioty uprawnione do obsługi doręczeń.

Okres przechowywania danych

Państwa dane przechowywane będą przez okres trwania rekrutacji, a po zakończeniu rekrutacji przez okres zgodnie z przepisami prawa tj. ustawy o archiwach państwowych, w tym Jednolitego Rzeczonego Wykazu Akt.

Prawa osób, których dane dotyczą

Mają Państwo prawo do:

- 1) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii
- 2) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
- 3) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
- 4) prawo do usunięcia danych osobowych po ustaniu celu przetwarzania;
- 5) prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa)

Informacja o wymogu podania danych

Podanie przez Państwa danych osobowych jest obowiązkowe na podstawie przepisów w celu realizacji obowiązku prawnego. Podanie przez Państwa danych osobowych w celu poinformowania o prowadzonej rekrutacji i jej wynikach telefonicznie, sms -owo, pocztą mailową na podstawie wyrażonej dobrowolnie zgody na przetwarzanie danych osobowych jest dobrowolne i przysługuje Państwu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

.....
Data i podpis

W CELU OTRZYMANIA ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI NALEŻY DOPEŁNIĆ NIŻEJ WYMIENIONYCH FORMALNOŚCI:

Dostarczyć następujące dokumenty:

- ✓ **Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności**
- ✓ **Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności, wypełnione w całości przez lekarza oraz wystawione nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku**
- ✓ **Kserokopie poprzedniego orzeczenia (m.in. ZUS, KRUS)**
- ✓ **Kserokopia dokumentacji medycznej świadczącej o przebiegu schorzenia:**
 - **Ksero kart informacyjnych leczenia szpitalnego**
 - **Ksero wyników ważniejszych badań (Rtg ,Usg itp.)**
 - **Ksero historii choroby od lekarza/y prowadzącego/ych**
 - **Zaświadczenia lekarskie dotyczące chorób współistniejących**
 - **Jeżeli wniosek składany jest po raz kolejny należy załączyć tylko nową dokumentację medyczną, która przybyła od ostatniej komisji w PZOON**

W przypadku braku powyższych danych nie jest możliwe wydanie orzeczenia o stopnia niepełnosprawności.

Wniosek o ponowne ustalenie niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności można złożyć nie wcześniej niż na 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia.

**OŚWIADCZENIE O ZRZECZENIU SIĘ PRAWA WNIESIENIA
ODWOŁANIA**

Ja niżej podpisany/a
zam.
PESEL.....
po zapoznaniu się z treścią orzeczenia o niepełnosprawności Powiatowego Zespołu
ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Jędrzejowie z dnia.....
znak:..... dot.
oświadczam, że decyzja ta jest zgodna z moim żądaniem, wobec czego zrzekam się
prawa do wniesienia odwołania do Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności w Województwie Świętokrzyskim.

*Zgodnie z art. 127a ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania
administracyjnego (Dz.U. z 2021 r., poz. 735) z dniem doręczenia organowi
administracji publicznej oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania
przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna.*

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że skutkiem zrzeczenia się odwołania będzie
brak możliwości zaskarżenia w/w orzeczenia o niepełnosprawności.

....., dnia

.....
Podpis