

	WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU 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 e-mail: zon@powiatjedrzejow.pl
Wymagane dokumenty	1.Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności 2.Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane 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, kserokopia orzeczenia organu rentowego. 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	<u>Podstawa prawna:</u> 1. Ustawa z dnia 14.06.1960 r. Kodeks Postępowania Administracyjnego (Dz.U. z 2023 r., poz.803), 2. Ustawa z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2023 r., poz.100 ze zm.), 3. 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 ze zm.).

Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

miejsowość

data

Nr sprawy

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Numer i seria dowodu osobistego (paszportu).....

PESEL Nr tel.

Adres zamieszkania

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Jędrzejowie

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

- Odpowiedniego zatrudnienia w tym min. w Zakładzie Aktywności Zawodowej,
- Szkolenia,
- Uczestnictwa w terapii zajęciowej,
- Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (tj. korzystania z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych),
- Uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
- Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
- Korzystania z art. 8 Ustawy Prawo o ruchu drogowym (karta parkingowa),
- Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- Korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
- Inne (jakie?)

Uzasadnienie wniosku :

1. Sytuacja społeczna : stan cywilny, stan rodzinny

zdolność do samodzielnego funkcjonowania : samodzielnie z pomocą

1/ wykonywanie czynności samoobsługowych x x

2/ prowadzenie gospodarstwa domowego x x

3/ poruszanie się w środowisku x x

2. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego niezbędne wskazane zbędne

x x x

3. sytuacja zawodowa: wykształceniezawód.....

obecne zatrudnienie.....

Oświadczam, że:

1. pobieram świadczenie * (nie pobieram *) z ubezpieczenia społecznego:

jakie.....

od kiedy

2. aktualnie nie toczy się* (toczy się*) w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem,
podać jakim
3. nie składałem/am* (składałem/am*) uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:

jeżeli tak to kiedy.....

z jakim skutkiem.....

4. mogę* (nie mogę*) samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego. (Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej 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 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 KARNEJ ZA ZEZNANIE
NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY ZGODNIE Z ART. 233 § 1 KODEKSU KARNEGO.

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

* niepotrzebne skreślić

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb

Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Jędrzejowie

**Zaświadczenie jest ważne 3 miesiące od daty wystawienia.
Zaświadczenie powinno być wypełnione w CAŁOŚCI przez lekarza.**

Imię i nazwisko
Data i miejsce urodzenia
Adres zamieszkania
PESEL
Numer i seria dowodu osobistego (paszportu).. ..

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 drugiej osoby ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

TAK / NIE *

W/w Pan/i jest trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.

TAK / NIE *

W przypadku zaznaczenia braku możliwości odbycia podróży, należy ten fakt uzasadnić (w przypadku braku merytorycznego uzasadnienia, wnioskodawca zostanie wezwany na posiedzenie składu orzekającego)

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

U w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia **

TAK / NIE *

.....
(pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)

* niepotrzebne skreślić

** dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie

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 Przewodniczący Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Jędrzejowie, przy ul. Okrzei 49B. Możesz się z nami skontaktować:

- listownie: ul. Okrzei 49B; 28-300 Jędrzejów;
- telefonicznie pod numerem telefonu: 41 386 36 00 w. 24
- drogą mailową: zon@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:

- wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze na podstawie przepisów prawa - art. 6 ust. 1 lit. C RODO, tj. Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, Kodeksu postępowania administracyjnego, Prawo o ruchu drogowym i ustawa o archiwach.

- przetwarzania, które jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym oraz w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi - art. 6 ust. 1 lit. E RODO.

- poinformowaniu o prowadzonej sprawie telefonicznie 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 w zakresie realizacji celu przetwarzania, jak również podmioty uprawnione do obsługi doręczeń oraz strony i uczestnicy postępowania administracyjnego zgodnie z przepisami prawa.

Okres przechowywania danych

Państwa dane przechowywane będą przez okres załatwienia sprawy, a po załatwieniu sprawy 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) dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii
- 2) sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
- 3) ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
- 4) usunięcia danych osobowych po ustaniu celu przetwarzania;
- 5) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych
- 6) 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 prawa w celu realizacji obowiązku prawnego oraz jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym oraz w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi.

Podanie przez Państwa danych osobowych w celu poinformowania o prowadzonej sprawie telefonicznie 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

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

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 3 miesiące 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.

Osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności albo o stopniu niepełno-sprawności wydane na czas określony może wystąpić do powiatowego zespołu z wnioskiem o wydanie kolejnego orzeczenia o niepełnosprawności albo o stopniu niepełnosprawności nie wcześniej niż 2 miesiące przed upływem terminu ważności posiadanego orzeczenia.

Osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności może wystąpić do powiatowego zespołu z wnioskiem o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu ważności orzeczenia o niepełnosprawności.

OŚWIADCZENIE O ZRZECZENIU SIĘ PRAWA WNIESIENIA ODWOŁANIA

Ja niżej podpisany
zam.

PESEL.....

po zapoznaniu się z treścią orzeczenia o stopniu niepełnosprawności Powiatowego
Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Jędrzejowie z dnia.....

znak:.....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 2024 r., poz. 572) 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 stopniu niepełnosprawności.

....., dnia

.....
Podpis