

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA

DLA OSOBY DOROSŁEJ

(POWYŻEJ 16-TEGO ROKU ŻYCIA)

**!!! Osoby między 16-18 lat – DOWÓD ODOBISTY LUB PASZPORT
KONIECZNY !!!**

PROSIMY O

*** DOKŁADNE I STARANNE UZUPEŁNIENIE WSZELKICH INFORMACJI ZAWARTYCH ZARÓWNO:**

- **WE WNIOSKU O WYDANIE ORZECZENIA, JAK I**
- **ZAŚWIADCZENIU LEKARSKIM O STANIE ZDROWIA** (lekarz prowadzący, rodzinny lub specjalista)
- **OCENIE SYTUACJI SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ W PRZYPADKU OSÓB ORZEKANÝCH ZAOCZNIE,**

*** ZŁOŻENIE PODPISU PRZEZ WNIOSKODAWCĘ W WYZNACZONYCH MIEJSCACH, A TAKŻE PODANIE NR
TELEFONU DO KONTAKTU**

**DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ BEZWZGLĘDNIE
WSZELKĄ POSIADANĄ PRZEZ WNIOSKODAWCĘ
DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ,
KTÓRA POTWIERDZA AKTUALNY STAN ZDROWIA
W KSEROKOPII I ORYGINAŁ DO WGLĄDU!!!**

**DOKUMENTACJA NIEPOTWIERDZONA ZA ZGODNOŚĆ, NIE BĘDZIE BRANA POD
UWAGĘ JAKO DOWÓD W SPRAWIE**

Dokumentacja medyczna to np.:

- karty informacyjne z leczenia szpitalnego,
- wyniki badań,
- opinie lekarzy specjalistów,
- opinie specjalistów rehabilitacji i fizjoterapeutów, logopedów itp.,
- kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem z kartotek pacjenta z poradni specjalistycznej lub ogólnej.

Poza tym, można załączyć:

- opinię psychologiczną,
- orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego,
- opinię o potrzebie wczesnego wspomagania,
- opinię wychowawcy klasy o uczniu.

WNIOSEK ZŁOŻONY:

- po raz **PIERWSZY** (w przypadku, kiedy osoba nie była wcześniej orzekana i nie posiadała dotychczas orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)
- o **PONOWNE** wydanie orzeczenia (w przypadku wygaśnięcia ważności posiadanego orzeczenia – wniosek można złożyć **NIE WCZEŚNIEJ NIŻ 2 MIESIĄCE** przed upływem ważności posiadanego orzeczenia)
- o **PONOWNE** wydanie orzeczenia **w związku ze ZMIANĄ STANU ZDROWIA** (w przypadku posiadania ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, ale stan zdrowia uległ pogorszeniu lub poprawie i osoba wnioskuję o zmianę stopnia niepełnosprawności lub treści orzeczenia)
- o ponowne wydanie orzeczenia dla potrzeb ustalenia wskazania do **KARTY PARKINGOWEJ** (w przypadku posiadania ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności wydanego przed 1 lipca 2014r, ale z uwagi na zmianę przepisów dotyczących przyznawania i wydawania kart parkingowych, osoba jest zobowiązana do złożenia wniosku o ponowne wydanie orzeczenia w celu uzyskania wskazań do karty parkingowej)
- (osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności (tj. osoba poniżej 16 roku życia) i występująca (po raz pierwszy) o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (jako osoba powyżej 16 roku życia) może wystąpić do powiatowego zespołu z wnioskiem o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu ważności posiadanego orzeczenia.)

Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Nr sprawy.....
(uzupełnia jednostka)

Miechów, dnia

Imię i nazwisko :

Data urodzenia i miejsce urodzenia

Nr PESEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | ,

Dokument stwierdzający tożsamość: seria | | | | | nr | | | | | | | | | |

Adres zameldowania na pobyt stały:

Adres miejsca pobytu

Adres do korespondencji

Nr telefonu

Dane przedstawiciela ustawowego (w przypadku osób między 16 a 18 r.ż. lub ubezwłasnowolnionych sądowo)

Imię i nazwisko : Data i miejsce urodzenia

Nr PESEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | ,

Dokument stwierdzający tożsamość: seria | | | | | nr | | | | | | | | | |

Adres zameldowania na pobyt stały:

Adres miejsca pobytu.....

Adres do korespondencji.....

Nr telefonu

Do Powiatowego Zespołu
do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Miechowie

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

1. odpowiedniego zatrudnienia,
2. szkolenia,
3. uczestnictwa w warsztacie terapii zajęciowej (gdzie osoba nie jest zdolna do wykonywania pracy)
4. konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
5. konieczności korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji ,
6. uzyskania karty parkingowej,
7. korzystania ze świadczeń pomocy społecznej (**podać formę pomocy**).....
8. uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
9. uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
10. korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów (**podać z jakich**, np. rozliczenia w Urzędzie Skarbowym z zakupu leków lub rehabilitacji, legitymacja zniżkowa na przejazdy komunikacją, likwidacja barier architektonicznych, itp.)
11. innych (podać jakich).....

Dane dotyczące sytuacji społecznej i zawodowej:

1. stan cywilny (panna/kawaler; zamężna/żonaty; wdowa/wdowiec; rozwódka/rozwód; w separacji)
2. stan rodziny (z iloma osobami mieszkam np. 5 osobowa rodzina)
3. zdolność do samodzielnego funkcjonowania **samodzielnie** | **z pomocą** | **konieczna opieka***
 - wykonywanie czynności **samoobsługowych** **X** **X** **X**
(jak np. mycie, ubieranie się)
 - poruszanie się w **środku** **X** **X** **X**
(jak np. wyjście do urzędu, lekarza, zakupy)
 - prowadzenie gospodarstwa **domowego** **X** **X** **X**
(jak np. prace porządkowe, przygotowanie posiłków, pranie, prace koło domu - wokół posesji, itp.)
4. **korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego** (kule łokciowe, laska, balkonik, pieluchomajtki, aparat słuchowy, buty ortopedyczne, materac przeciwodleżynowy, aparat tlenowy, itp.)
 - niezbędne wskazane zbędne
 - X** **X** **X**
5. wykształcenie.....
6. zawód wyuczony.....
7. **aktualne** miejsce pracy.....obecnie wykonywany zawód

Oświadczam, że :

1. Pobieram emeryturę / rentę*, podać z jakiej instytucji.....
2. Aktualnie toczy się (nie toczy się*) w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwa, podać jakim (ZUS, Sąd, Wojewódzki Zespół).....
3. Posiadam (nie posiadam*) orzeczenie z innego organu orzekającego – podać jakie, przez kogo wydane: KIZ, ZUS, KRUS, MSWiA itp. ważne do
4. Składałem/am (nie składałem/am) uprzednio wniosek **o ustalenie stopnia niepełnosprawności**, jeżeli tak, to kiedy orzeczony stopień.....termin ważności orzeczenia w Zespole Orzekającym w (miejscowość)

5. Na posiedzenie sądu orzekającego:*

- mogę przybyć samodzielnie,
- przybędę z opiekunem,
- **nie mogę przybyć (!!! w tym przypadku należy załączyć dodatkowe zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby)**

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

W załączeniu przedkładam *:

1. Oryginał zaświadczenia o stanie zdrowia.
2. Kserokopie posiadanej dokumentacji medycznej, tj. karty informacyjne leczenia szpitalnego, badania specjalistyczne, konsultacje, wyniki opisowa rtg, MR, TK, badania psychologiczne, inne
3. Kserokopię orzeczenia Lekarza Orzecznika ZUS, orzeczenie KIZ o grupie inwalidzkiej, orzeczenie KRUS, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, orzeczenie komisji branżowej (MSWiA, WKL).

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowy Zespół do spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Miechowie zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 poz 1182,1662). Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku..

Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

*właściwe podkreślić

.....
(czytelny podpis osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego-
w przypadku osób między 16 a 18 r.ż)

.....
(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 2015 r., poz. 388), 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 1997 r., Nr. 88, poz. 553 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 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.

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany/a
.....

PESEL zamieszkały/a
.....

legitymujący/a się dowodem osobistym seria i numer
wydanym przez

upoważniam:

.....
(imię i nazwisko) (stopień pokrewieństwa)

PESEL zamieszkałego/a
.....

Legitymującego/a się dowodem osobistym seria i numer
wydanym przez

- ☐ do udzielania wszelkich informacji, dotyczących postępowania w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności,
- ☐ do odbioru orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

.....
czytelny podpis osoby udzielającej upoważnienia

SYTUACJA SPOŁECZNA I ZAWODOWA
OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O ORZECZENIE STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
(Wypełnia osoba zainteresowana na zasadzie oświadczenia)

1. Imię i nazwisko.....

2. Adres zamieszkania.....

3. Data urodzenia.....stan cywilny.....

4. Sytuacja rodzinna:

a) liczba dzieci i ich wiek.....

b) osoby wspólnie zamieszkujące z Wnioskodawcą

5. Źródło utrzymania osoby badanej:

☐ wynagrodzenie, ☐ renta/emerytura, ☐ na utrzymaniu rodziny, ☐ zasiłek z opieki społecznej, ☐ zasiłek dla bezrobotnych, ☐ dochody z działalności rolniczej, ☐ własna działalność gospodarcza, ☐ inne

- czy własne dochody wystarczają na zaspokojenie podstawowych potrzeb (utrzymanie mieszkania, wyżywienie, koszty leczenia, ubranie lub inne)

6. Sytuacja mieszkaniowa: dom / część domu / mieszkanie w bloku / mieszkanie socjalne/ inne

- stan techniczny - dobry, wymaga napraw, remontu, nie nadaje się do dalszego zamieszkania,
- czy ma do dyspozycji własny pokój
- czy jest wyposażenie w media, wodę, prąd, centralne ogrzewanie :

7. Dostosowanie mieszkania do potrzeb osoby badanej:

a) czy występują bariery architektoniczne, jeżeli tak to jakie? (np. schody, brak poręczy, brak podjazdu, wanna, brak uchwytów przy urządzeniach sanitarnych), proszę wymienić:

b) z jakich ułatwień korzysta w miejscu zamieszkania.....

8. Zdolność osoby badanej do:

a) **samodzielnego funkcjonowania** – możliwość zaspokojenia podstawowych potrzeb (czy może je zaspokoić samodzielnie, czy wymaga opieki, pomocy, wsparcia innej osoby – częściowo lub całkowicie, stale lub długo okresowo – każdą z tych ocen należy odnieść do wymienionych niżej czynności – proszę x zakreślić kółeczkiem lub podkreślić)

higiena osobista –	samodzielnie	z pomocą	z pełną opieką (całkowicie niesamodzielna zależna)
mycie, prysznic, kąpiel	x	x	x
higiena jamy ustnej, czesanie, golenie	x	x	x
mycie głowy, nóg	x	x	x
korzystanie łazienki, toalety	x	x	x
dawkowanie leków	x	x	x
• jedzenie –	samodzielnie	z pomocą	z pełną opieką
spożywanie posiłku, używanie sztućców		x	x
przygotowanie posiłków		x	x
• poruszanie się	samodzielnie	z pomocą	z pełną opieką
wstawanie z łóżka,		x	x
ubieranie i rozbieranie się, przygotowanie odzieży do ubrania		x	x
ubieranie butów, zapinanie guzików		x	x
przemieszczanie się, chodzenie po schodach		x	x
opuszczanie domu i powrót do domu		x	x
korzystanie ze środków transportu publicznego		x	x

- Czy Wnioskodawca korzysta ze sprzętu ortopedycznego, rehabilitacyjnego, środków pomocniczych, proszę wymienić :

- Czy istnieje potrzeba zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny lub wspomagający mogący poprawić samodzielność np. aparat słuchowy, kula, laska, wózek inwalidzki lub inne – proszę wymienić jaki:

- Czy istnieje możliwość uzyskania opieki, pomocy, wsparcia ze strony rodziny: TAK / NIE
- jeśli TAK, to od kogo:

- Czy możliwa jest pomoc sąsiedzka (wsparcie) -
- Czy korzysta z pomocy instytucjonalnej, np. DPS, ŚDS, WTZ, klub seniora, świadczenia z pomocy społecznej, usługi opiekuńcze, inne, jakie?

• <u>prowadzenie domu</u> –	samodzielnie	z pomocą	z pełną opieką
robienie zakupów	x	x	x
gotowanie, zmywanie naczyń,	x	x	x
sprzątanie domu, ogrzewanie pomieszczeń	x	x	x
pranie, zmiana bielizny pościelowej	x	x	x

b) **pełnienie ról społecznych** – możliwość pełnienia ról zawodowych, rodzinnych, społecznych stosownie do wieku, płci, wykształcenia itp.; możliwość uczestniczenia w życiu zbiorowym – samodzielnie, korzystając ze wsparcia, czy uczestniczenia w życiu zbiorowym w ogóle jest możliwe, jakie są ograniczenia w pełnieniu ról społecznych

- czy osoba utrzymuje kontakty społeczne (z otoczeniem – sąsiadami, rodziną, i in.) i w jakiej formie
- czy przynależy i działa w organizacjach, stowarzyszeniach jakich?

c) komunikowania się z innymi osobami	prawidłowe	występujące ograniczenia (jakie)?
zdolność do słyszenia	x	x
rozumienie mowy	x	x
realizacja mowy (kontakt słowny)	x	x
zdolność widzenia	x	x

10. Dostępność do usług - czy osoba może korzystać z usług: medycznych, edukacyjnych, rehabilitacyjnych, innych jeśli występują ograniczenia, to jakie?)

SYTUACJA ZAWODOWA

I. Wykształcenie

1. poziom wykształcenia¹
2. kierunek kształcenia
3. uzyskany zawód.....
4. inne (np. studia podyplomowe, specjalizacje).....

II. Kwalifikacje

1. szkolenia i kursy (w tym zdobyte uprawnienia, staże/praktyki)
.....
2. znajomość obsługi komputera
.....
3. prawo jazdy ☐ nie posiada, ☐ posiada (jakiej kategorii?)
.....
4. języki obce ☐ brak znajomości, ☐ posiada znajomość (jakie? poziom znajomości)
.....

¹ mniej niż podstawowe, podstawowe, gimnazjalne, zawodowe, średnie, wyższe (posiadane wykształcenie należy podać według poziomu szkoły ukończonej)

III. Przebieg kariery zawodowej

1. ogólny staż pracy (lata);

2. wykonywane zawody

3. aktualnie wykonywana praca²,

☐ aktywna/y zawodowo – zakład pracy i stanowisko

☐ nieaktywna/y zawodowo

☐ emeryt/rencista ZUS/KRUS/MSWiA od kiedy

☐ bezrobotna/y zarejestrowany/niezarejestrowany w Urzędzie Pracy od kiedy
przyczyna i czas zaprzestania ostatniego zatrudnienia

5. nabyte umiejętności zawodowe³

6. dodatkowe informacje (np. praca w warunkach szkodliwych)

IV. Plany zawodowe oraz motywacja osoby do podjęcia/kontynuowania zatrudnienia

☐ poszukujący pracy (w jakim zawodzie?)

☐ brak motywacji do podjęcia pracy, przyczyna

☐ zmotywowany do kontynuowania pracy na obecnym stanowisku

☐ zmotywowany do przekwalifikowania

Inne

V. Ograniczenia

☐ ograniczenia na stanowisku pracy

☐ brak ograniczeń, na stanowisku pracy - dostosowane do możliwości psychofizycznych wnioskodawcy

☐ ograniczenia do podjęcia zatrudnienia

☐ ograniczenia w korzystaniu ze środków komunikacji publicznej

VI. Dodatkowe informacje, uwagi od Wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE OSOBY ZAINTERESOWANEJ
Oświadczam, iż podane przeze mnie informacje są prawdziwe.

.....
miejsce i data

.....
podpis osoby zainteresowanej

² stanowisko pracy, wykonywane czynności, obsługiwane urządzenia

³ w tym umiejętności obsługi maszyn i urządzeń;

.....
(miejscowość i data)

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb zespołu
do spraw orzekania o niepełnosprawności**

(Uwaga! Zaświadczenie ważne jest 3-miesiące od daty wystawienia do dnia złożenia w Zespole)

Imię i nazwisko : Data urodzenia i miejsce urodzenia

Nr PESEL, Dokument stwierdzający tożsamość:

Adres zamieszkania:

stwierdza się co następuje :

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); 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 oraz choroby współistniejące
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

.....

.....

.....

.....

.....

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

.....

.....

.....

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie stanowiących załączniki do niniejszego zaświadczenia

.....

.....

.....

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

.....

.....

.....

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie ? (data).....

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? (data).....

W/w Pan/i wymaga/nie wymaga* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w Pan/i jest zdolny, nie jest zdolny* do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności. (**!!! w tym przypadku należy załączyć dodatkowe zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby**)

U w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia od czasu poprzedniego badania przez zespół Tak/Nie*

.....
stempel i podpis lekarza
wydającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić

Lp.	Aktywność	Punktacja
1	Spożywanie posiłków 0 – nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 – potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. 10 – samodzielny, niezależny	
2	Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie) 0 – nie jest w stanie zachować równowagi przy siedzeniu 5 – większa pomoc (fizyczna) jednej lub dwóch osób, może siedzieć 10 – mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 15 – samodzielny	
3	Utrzymanie higieny osobistej 0 – potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych 5 – niezależny przy myciu twarzy, goleniu się, czesaniu, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4	Korzystanie z toalety 0 – zależny 5 – częściowo potrzebuje pomocy 10 – niezależny w dotarciu do toalety oraz zakładaniu i zdejmowaniu ubrania	
5	Mycie, kąpiel całego ciała 0 – zależny 5 – niezależny	
6	Poruszanie się (po powierzchniach płaskich) 0 – nie porusza się samodzielnie lub jest zależny na wózku 5 – niezależny na wózku lub porusza się na odległość < 50m przy użyciu sprzętu wspomagającego 10 – spaceruje z pomocą jednej osoby na odległość > 50m 15 – niezależny, także przy użyciu sprzętu wspomagającego na odległość > 50m	
7	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 – nie jest w stanie samodzielnie wykonać czynności 5 – potrzebuje pomocy (fizycznej, asekuracji, słownej) 10 – samodzielny	
8	Ubieranie się i rozbieranie 0 – całkowicie zależny 5 – potrzebuje pomocy, część czynności wykonuje samodzielnie 10 – samodzielny	
9	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu 0 – nie panuje nad oddawaniem stolca lub występuje konieczność lewatywy 5 – sporadycznie bezwiednie oddaje stolec 10 – kontroluje oddawanie stolca	
10	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego 0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany 5 – sporadycznie bezwiednie oddaje mocz 10 – kontroluje oddawanie moczu	

Interpretacja wyników:

86 – 100 pkt. – stan pacjenta „lekki”

21 – 85 pkt. – stan pacjenta „średnio ciężki”

0 – 20 pkt. – stan pacjenta „bardzo ciężki”

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

....., dnia.....

Zaświadczenie lekarskie o niemożności przybycia na komisję

wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL

Adres zamieszkania

Osoba / dziecko **nie może** uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo.

.....

Pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* właściwe podkreślić

**Klauzula informacyjna dla wnioskujących o wydanie decyzji o niepełnosprawności i o stopniu niepełnosprawności –
zaświadczenie lekarskie**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1) – dalej RODO – informujemy, że:

1. Administratorami Pani/Pana danych osobowych są:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Przewodniczący Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Miechowie, ul. Sienkiewicza 18, 32-200 Miechów, tel. 41-38-340-84 zwany dalej „Administratorem”;

2. Inspektor Ochrony Danych

W sprawach ochrony Pani/Pana danych można kontaktować się z wyznaczonym Inspektorem Ochrony Danych pod adresem: e-mail iod@synergiaconsulting.pl pod numerem telefonu 500 610 605 lub pisemnie na adres siedziby Administratora;

3. Ogólne cele i podstawy przetwarzania

Administrator będzie przetwarzał Pani/Pana dane osobowe w celu przeprowadzenia postępowanie w sprawie wydania orzekania o niepełnosprawności i o stopniu niepełnosprawności. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit b RODO w związku z § 3. 1.1) Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15.07.2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności

4. Odbiorcy danych

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane:

- 1) podmiotom, które przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej z administratorem umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych m.in. firmom informatycznym, hostingowym, prawniczym, audytorskim, firmom zajmującym się ochroną danych osobowych,
- 2) oprócz tego możemy zostać zobowiązani np. na podstawie przepisu prawa do udostępnienia Pana/Pani danych osobowych podmiotom prywatnym i publicznym

5. Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane w celach archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny wynikający z przepisów dotyczących archiwizowania dokumentów obowiązujących u Administratora (Rzeczowy Wykaz Akt), w przypadku przetwarzania na podstawie zgody do czasu zrealizowania celu lub jej odwołania.

6. Posiada Pani/Pan prawo do;

- 1) dostępu do treści swoich danych na podstawie art. 15 RODO przy czym:
- 2) żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe;
- 3) żądania usunięcia danych na podstawie art. 17 RODO (z zastrzeżeniem ust 3 lit b i e);
- 4) ograniczenia przetwarzania na podstawie art. 18 RODO
- 5) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

7. Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich nie podanie danych będzie skutkować brakiem rozpatrzenia sprawy.

8. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Pani/Pana dane nie będą podlegały profilowaniu.

