Świadczenie wspierające dla osób z niepełnosprawnościami

(POWYŻEJ 18-TEGO ROKU ŻYCIA)

DO WNIOSKU NALEŻY ZAŁĄCZYĆ KSEROKOPIĘ POSIADANEGO ORZECZENIA

(ZUS, KRUS, MSWiA lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności)

1. Decyzje ustalające poziom potrzeby wsparcia będą wydawane przez Wojewódzkie Zespoły ds. Orzekania o Niepełnosprawności na wniosek osób z niepełnosprawnościami.

Wojewódzki Zespół w Krakowie
Siedziba: Adres od 1 września 2026 r.:
Plac Na Stawach 3, Kraków

Tel. 12 392 24 94, 12 392 24 97,
12 392 24 95, 12 392 24 92

ADRES DO KORESPONDENCJI:
WOJEWÓDZKI ZESPÓŁ DS. ORZEKANIA
O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
UL. BASZTOWA 22, 31-156 KRAKÓW

2. Realizacją świadczenia wspierającego będzie zajmował się Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

PPW

WNIOSEK
O WYDANIE DECYZJI USTALAJĄCEJ POZIOM POTRZEBY WSPARCIA

Nazwa organu właściwego do rozpatrzenia wniosku w sprawie wydania decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia (1)

Adres organu właściwego do rozpatrzenia wniosku w sprawie wydania decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia (1)

01. Kod pocztowy ☐☐ - ☐☐☐

02. Miejscowość

03. Ulica

04. Numer domu

05. Numer mieszkania

(1) Przez organ właściwy rozumie się wojewódzki zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności właściwy ze względu na miejsce stałego pobytu osoby.

I. Rodzaj wniosku
Wniosek składany jest:

☐ po raz pierwszy

☐ ze względu na zmianę zdolności do samodzielnego wykonywania określonych czynności związanych z codziennym funkcjonowaniem oraz rodzaju wymaganego wsparcia

☐ ze względu na upływ terminu ważności poprzedniej decyzji (1).

(1) Kolejny wniosek o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia może być złożony nie wcześniej niż 3 miesiące przed terminem upływu ważności posiadanej decyzji.

II. Dane osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia

01. Imię

02. Drugie imię

03. Nazwisko

04. Data urodzenia: (dd / mm / rrr) ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

05. Miejsce urodzenia

06. Numer PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

07. Seria i numer dokumentu tożsamości (1)

(1) Wypełnić tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.

II.A. Adres miejsca zameldowania osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia

01. Gmina / Dzielnica

02. Kod pocztowy ☐☐ - ☐☐☐

03. Miejscowość

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer mieszkania

07. Numer telefonu (1)

08. Adres poczty elektronicznej — e-mail (2)

(1) Numer nie jest obowiązkowy.
(2) Podanie adresu e-mail jest obowiązkowe, gdy składa się wniosek drogą elektroniczną.

II.B. Adres stałego pobytu osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia (jeżeli jest inny niż adres zameldowania)

01. Gmina / Dzielnica

02. Kod pocztowy ☐☐ - ☐☐☐

03. Miejscowość

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer mieszkania

III. Dane przedstawiciela ustawowego osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia (1)(2).

01. Imię

02. Drugie imię

03. Nazwisko

04. Numer PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

05. Seria i numer dokumentu tożsamości (3)

(1) Dane opiekuna prawnego, kuratora osoby niepełnosprawnej albo osoby reprezentującej ośrodek pomocy społecznej lub centrum usług społecznych, o których mowa w art. 6b ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2023 r. poz. 100, 173, 240, 852, 1234 i 1429).
(2) Wypełnić, jeżeli dotyczy.
(3) Wypełnić tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.

III.A. Adres miejsca zameldowania przedstawiciela ustawowego osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia

01. Gmina / Dzielnica

02. Kod pocztowy ☐☐ - ☐☐☐

03. Miejscowość

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer mieszkania

07. Numer telefonu (1)

08. Adres poczty elektronicznej — e-mail (2)

(1) Numer nie jest obowiązkowy.
(2) Podanie adresu e-mail jest obowiązkowe, gdy składa się wniosek drogą elektroniczną.

IV. Dane osoby upoważnionej do reprezentowania pełnoletniej osoby niepełnosprawnej (1).

01. Imię

02. Drugie imię

03. Nazwisko

04. Numer PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

05. Seria i numer dokumentu tożsamości (2)

(1) Wypełnić, jeżeli dotyczy.
(2) Wypełnić tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.

IV.A. Adres miejsca zameldowania osoby upoważnionej do reprezentowania pełnoletniej osoby niepełnosprawnej

01. Gmina / Dzielnica

02. Kod pocztowy ☐☐ - ☐☐☐

03. Miejscowość

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer mieszkania

07. Numer telefonu (1)

08. Adres poczty elektronicznej — e-mail (2)

(1) Numer nie jest obowiązkowy.
(2) Podanie adresu e-mail jest obowiązkowe, gdy składa się wniosek drogą elektroniczną.

V. Informacja o posiadaniu przez osobę ubiegającą się o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia ostatecznego orzeczenia oraz o złożeniu wniosku o wydanie orzeczenia ustalającego stopień niepełnosprawności.

01. Nazwa organu i rodzaj wydanego orzeczenia (1):

☐ **Zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności (miejski (MZOON), powiatowy (PZOON) lub wojewódzki (WZOON))**

- ☐ orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:
  - ☐ stopień lekki
  - ☐ stopień umiarkowany
  - ☐ stopień znaczny
- ☐ wyrok sądu pracy i ubezpieczeń społecznych w sprawie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
- ☐ orzeczenie o wskazaniach do ulg i uprawnień
- ☐ złożono wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

  Nazwa organu, do którego złożono wniosek:

☐ **Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS)**

- ☐ orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy, orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji, orzeczenie o częściowej niezdolności do pracy
- ☐ orzeczenie o zaliczeniu do I grupy inwalidów (2)
- ☐ orzeczenie o zaliczeniu do II grupy inwalidów (2)
- ☐ orzeczenie o zaliczeniu do III grupy inwalidów (2)

☐ **Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS)**

- ☐ orzeczenie o stałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (2)
- ☐ orzeczenie o długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (2)

☐ **Komisja lekarska służb mundurowych – Ministerstwa Obrony Narodowej (MON) lub Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (MSWiA)** (2)

☐ **Inne** (2)

Nazwa organu, który wydał orzeczenie:

(1) W przypadku posiadania więcej niż jednego orzeczenia należy wskazać wyłącznie jedno wybrane przez siebie orzeczenie. Okres ważności wskazanego orzeczenia będzie podstawą do wydania decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia na ten okres, nie dłuższy jednak niż 7 lat.
(2) W przypadku orzeczeń wydanych przed 1998 r. o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów przez ZUS, KRUS, MON lub MSWiA oraz orzeczeń o całkowitej niezdolności do pracy, o niezdolności do samodzielnej egzystencji, o częściowej niezdolności do pracy wydanych przed 2011 r. przez ZUS oraz orzeczeń wydanych przed 2007 r. przez zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności oraz inne organy należy załączyć kopię danego orzeczenia.

02. Data wydania orzeczenia: (dd / mm /

03. Numer orzeczenia:

04.Okres, na który wydano orzeczenie:

☐ na czas określony, do dnia (dd/mm/rrr):

☐ na czas nieokreślony

05. Symbol przyczyny niepełnosprawności (jeżeli dotyczy):

VI. Informacja o wyrażeniu zgody na ustalenie poziomu potrzeby wsparcia.

☐ Nie wyrażam zgody na ustalenie poziomu potrzeby wsparcia w miejscu mojego stałego pobytu. W przypadku składania wniosku przez przedstawiciela ustawowego osoby niepełnosprawnej albo osobę upoważnioną do reprezentowania pełnoletniej osoby niepełnosprawnej – brak zgody wyraża przedstawiciel ustawowy albo osoba upoważniona.

☐ Wyrażam zgodę na ustalenie poziomu potrzeby wsparcia w miejscu mojego stałego pobytu. W przypadku składania wniosku przez przedstawiciela ustawowego osoby niepełnosprawnej albo osobę upoważnioną do reprezentowania pełnoletniej osoby niepełnosprawnej – zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy albo osoba upoważniona.

VII. Załączniki.

☐ Kwestionariusz samooceny trudności w zakresie wykonywania czynności związanych z funkcjonowaniem.

☐ Kopia posiadanego orzeczenia – jeżeli dotyczy.

☐ Dokument potwierdzający status opiekuna prawnego, kuratora osoby niepełnosprawnej albo osoby reprezentującej ośrodek pomocy społecznej lub centrum usług społecznych, o których mowa w art. 6b ust 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – jeżeli dotyczy.

☐ Upoważnienie do reprezentowania pełnoletniej osoby niepełnosprawnej – jeżeli dotyczy.

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje w powyższym wniosku o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia są prawdziwe.

(Miejscowość) (Data: dd / mm / rrr) (Podpis wnioskodawcy)

PPW-K

KWESTIONARIUSZ SAMOOCENY TRUDNOŚCI W ZAKRESIE WYKONYWANIA CZYNNOŚCI ZWIĄZANYCH Z FUNKCJONOWANIEM

I. Instrukcja wypełniania.

Przed przystąpieniem do wypełniania Kwestionariusza samooceny trudności w zakresie wykonywania czynności związanych z funkcjonowaniem (zwanego dalej „Kwestionariuszem samooceny") należy wpisać WIELKIMI LITERAMI dane osoby dokonującej samooceny: imię, drugie imię, nazwisko, numer PESEL, serię i numer dokumentu tożsamości (w przypadku gdy nie nadano numeru PESEL). Wypełniając Kwestionariusz samooceny, należy ustosunkować się do wszystkich ponumerowanych pozycji oraz dla każdej z nich zaznaczyć znakiem X tylko jedną wybraną przez siebie odpowiedź.

II. Informacja o niemożności wypełnienia kwestionariusza samooceny przez osobę niepełnosprawną ubiegającą się wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia.

Czy z przyczyn związanych ze stanem zdrowia nie jest możliwe sporządzenie oceny przez osobę niepełnosprawną ubiegającą się o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia? (1)

☐ tak

☐ nie

Jeżeli tak, proszę podać przyczyny powodujące niemożność sporządzenia samooceny:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(1) Niemożność sporządzenia kwestionariusza samooceny dotyczy osób, które ze względu na stan zdrowia nie są w stanie zrozumieć treści w nim zamieszczonych lub udzielić samodzielnie odpowiedzi. Dotyczy to, w szczególności, osób z: zaburzeniami świadomości (będących w śpiączce lub stanie wegetatywnym), niepełnosprawnością intelektualną, zaburzeniami należącymi do spektrum autyzmu, zaburzeniami neuropoznawczymi albo zaburzeniami należącymi do spektrum schizofrenii lub innymi zaburzeniami psychotycznymi.

III. Dane osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia:

Imię: .....

Drugie imię: .....

Nazwisko: .....

Numer PESEL: .....

Seria i numer dokumentu tożsamości (2): .....

(2) Wypełnić tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.

IV. Proszę zaznaczyć, jak ocenia Pani/Pan swoje funkcjonowanie w czynnościach życia codziennego, wynikające z niepełnosprawności:

- ☐ bardzo źle – nie jestem w stanie samodzielnie funkcjonować, wymagam całkowitego wyręczania w czynnościach życia codziennego przez inną osobę lub technologię wspomagającą
- ☐ źle – jestem w stanie funkcjonować, ale wymagam wsparcia częściowego w czynnościach życia codziennego przez inną osobę lub technologię wspomagającą
- ☐ średnio – moje funkcjonowanie w czynnościach życia codziennego jest utrudnione, wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby, w jaki sposób i kiedy daną czynność wykonać lub sprawę załatwić
- ☐ dobrze – moje funkcjonowanie w czynnościach życia codziennego co do zasady nie wymaga wsparcia innych osób

V. Czy w codziennym funkcjonowaniu korzysta Pani/Pan z technologii wspomagającej?

- ☐ tak
- ☐ nie

jeżeli tak, podać z jakich:

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

VI. Proszę wymienić główne dolegliwości, które utrudniają Pani/Panu codzienne funkcjonowanie. Proszę podać, jak często w Pani/Pana ocenie one występują:

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

VII. Proszę podać, jak ocenia Pani/Pan zdolność wykonywania następujących czynności w obszarze „Poruszanie się":

VII.1. Zmiana pozycji ciała w łóżku

- ☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inną osobę lub technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

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

- ☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

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

- ☐ pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

VII.2. Siadanie i utrzymanie stabilnej pozycji siedzącej

☐ całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą
☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)
.....
.....
.....
☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)
.....
.....
.....
☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby
☐ pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

VII.3. Stanie i utrzymanie stabilnej pozycji stojącej

☐ całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą
☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)
.....
.....
.....
☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)
.....
.....
.....
☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby
☐ pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

VII.4. Chodzenie po powierzchniach płaskich w obrębie mieszkania lub domu oraz bezpośrednim jego otoczeniu

☐ całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą
☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)
.....
.....
.....
☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)
.....
.....
.....
☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby
☐ pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

VII.5 Wchodzenie na schody i schodzenie z nich

☐ całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą
☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)
.....
.....
.....

☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)

.....

.....

.....

☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

☐ pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

VII.6. Poruszanie się poza domem oraz jego bezpośrednim otoczeniem

☐ całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą

☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)

.....

.....

.....

☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)

.....

.....

.....

☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

☐ pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

VII.7. Przemieszczanie się środkami transportu i umiejętność korzystania ze środków transportu publicznego w miejscu zamieszkania i poza nim

☐ całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą

☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)

.....

.....

.....

☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)

.....

.....

.....

☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

☐ pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

VII.8. Podnoszenie, chwytanie i manipulowanie przedmiotami użytkowymi

☐ całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą

☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczenia przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)

.....

.....

.....

☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)

.....

.....

.....

☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

☐ pełna zdolność – czynność wykonuję samodzielnie

VIII. Proszę podać, jak ocenia Pani/Pan zdolność wykonywania następujących czynności w obszarze „Dbanie o siebie i własne zdrowie":

VIII.1. Utrzymywanie higieny (mycie i osuszanie ciała, mycie zębów, czesanie się, golenie)

☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

.....

.....

.....

☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

.....

.....

.....

☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

☐ pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

VIII.2. Ubieranie się

☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

.....

.....

.....

☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

.....

.....

.....

☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

☐ pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

VIII.3. Załatwianie potrzeb fizjologicznych i korzystanie z toalety

☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

.....

.....

.....

☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

.....

.....

.....

☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

☐ pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

VIII.4. Jedzenie i picie

☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

.....

.....

.....

☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

.....

.....

.....

☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

☐ pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

VIII.5. Troska o własne zdrowie (3)

☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)

.....

.....

.....

☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)

.....

.....

.....

☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

☐ pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

(3) np.: świadomość potrzeb zdrowotnych wynikających ze stanu zdrowia, stosowanie się do zaleceń lekarza w zakresie: przyjmowania leków z zastosowaniem prawidłowej dawki podawania leku, stosowania diety, przestrzeganie harmonogramu wizyt lekarskich i zleconych badań diagnostycznych oraz zabiegów rehabilitacyjnych, poszukiwanie pomocy w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia, unikanie czynników szkodliwych oraz zagrożeń dla zdrowia i życia

IX. Proszę podać, jak ocenia Pani/Pan zdolność wykonywania następujących czynności w obszarze „Aktywność w gospodarstwie domowym":

IX.1. Dokonywanie zakupów

☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)

.....

.....

.....

☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)

.....

.....

.....

☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

☐ pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

IX.2. Przygotowywanie posiłków

☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)

.....

.....

.....

☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)

.....

.....

.....

☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby

☐ pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

IX.3. Wykonywanie prac domowych (4)

☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)

.....

.....

.....

☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)

.....

.....

.....

☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby
☐ pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

(4) np.: sprzątanie powierzchni mieszkalnej, pranie, prasowanie, czyszczenie i naprawianie garderoby oraz obuwia, usuwanie śmieci, korzystanie ze sprzętu gospodarstwa domowego

X. Proszę podać, jak ocenia Pani/Pan zdolność wykonywania następujących czynności w obszarze „Porozumiewanie się":

X.1. Porozumiewanie się za pomocą języka mówionego (mówienie i rozumienie mowy)

☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

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

☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

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

☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby
☐ pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

X.2. Porozumiewanie się za pomocą języka pisanego (pisanie i czytanie)

☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

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

☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

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

☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby
☐ pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

☐ **X.2.1. Porozumiewanie się za pomocą języka migowego**

☐ tak

☐ nie

☐ **X.2.2. Porozumiewanie się za pomocą metod komunikacji alternatywnej i wspomagającej (AAC)**

☐ tak

☐ nie

jeżeli tak, podać z jakich:

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

X.3. Prowadzenie rozmowy i przekazywanie informacji za pomocą języka mówionego, języka pisanego, języka migowego lub metod komunikacji alternatywnej i wspomagającej (5)

☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą *(jeżeli tak, podać jaką)*

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

☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)

.....

.....

.....

☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby
☐ pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

(5) np.: logiczne i zwięzłe przekazywanie informacji innym osobom, w tym dotyczących własnych potrzeb, dolegliwości i emocji; rozpoczynanie, kontynuowanie i kończenie rozmowy w kontaktach z osobami znajomymi i obcymi, w tym również przy załatwianiu spraw urzędowych, w trakcie której, wymieniane są informacje, poglądy i myśli

XI. Proszę podać, jak ocenia Pani/Pan zdolność wykonywania następujących czynności w obszarze „Funkcjonowanie w społeczeństwie":

XI.1. Nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów (6)

☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tych czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)

.....

.....

.....

☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)

.....

.....

.....

☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby
☐ pełna zdolność

(6) np.: inicjowanie kontaktu z osobami znanymi i obcymi, zdolność rozumienia zachowań, wypowiedzi i oczekiwań innych osób i umiejętność ich zaspokajania, zawieranie przyjaźni i jej utrzymanie, tworzenie bliskich kontaktów uczuciowych, w tym zdolność do założenia rodziny i dbania o jej dobro

XI.2. Załatwianie spraw urzędowych (7)

☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tych czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)

.....

.....

.....

☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)

.....

.....

.....

☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby
☐ pełna zdolność – czynności wykonuję samodzielnie

(7) np.: załatwianie spraw własnych i osób bliskich w różnych urzędach i instytucjach, w tym spraw związanych ze stanem zdrowia, pisanie pism urzędowych, składanie wniosków za pośrednictwem poczty lub Internetu

XI.3. Organizowanie i spędzanie wolnego czasu (8)

☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tych czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)

.....

.....

.....

☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)

.....

.....

.....

☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby
☐ pełna zdolność

(8) np.: branie udziału w wydarzeniach kulturalnych, religijnych i sportowych, posiadanie hobby, oglądanie programów telewizyjnych, granie w różne gry, czytanie książek, zwiedzanie, uczestniczenie w turnusach rehabilitacyjnych

XII. Proszę podać, jak ocenia Pani/Pan zdolność wykonywania następujących czynności w obszarze „Funkcjonowanie poznawcze i psychiczne":

XII.1. Zdolność do zapamiętywania nowych informacji i zdarzeń oraz pamiętanie informacji nabytych

☐ całkowity brak zdolności
☐ zdolność ograniczona (*proszę opisać na czym te ograniczenia polegają)*
.....
.....
.....
☐ pełna zdolność

XII.2. Zdolność do skupiania uwagi (9)

☐ całkowity brak zdolności
☐ zdolność ograniczona (*proszę opisać na czym te ograniczenia polegają)*
.....
.....
.....
☐ pełna zdolność

(9) np. na wykonywanej czynności, informacji przekazywanej przez inną osobę, oglądanym filmie, czytanej książce

XII.3. Zdolność do myślenia i rozwiązywania problemów (10)

☐ całkowity brak zdolności
☐ zdolność ograniczona (*proszę opisać na czym te ograniczenia polegają)*
.....
.....
.....
☐ pełna zdolność

(10) np.: umiejętność liczenia, rozpoznawanie nominałów banknotów, rozumienie pojęcia czasu i liczby, znajomość wskazań zegara, planowanie rozkładu dnia, wydatków, ustalanie priorytetów oraz strategii działania oraz monitorowanie ich wykonania

XII.4. Opanowanie nowej umiejętności (11)

☐ całkowity brak zdolności do opanowania nowej umiejętności lub zachowania
☐ zdolność ograniczona – nowa umiejętność lub zachowanie wymaga wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*
.....
.....
.....
☐ zdolność częściowo ograniczona – nowa umiejętność lub zachowanie wymaga pokierowania/poinstruowania przez inne osoby
☐ pełna zdolność – mogę opanować samodzielne wykonywanie nowej czynności lub zachowania

(11) np.: opanowanie nowej, nieposiadanej wcześniej umiejętności lub zachowania niezbędnych w codziennym funkcjonowaniu, w tym umiejętności samodzielnego wykonania czynności lub przy wsparciu innej osoby, wdrożenie nowego zachowania do repertuaru codziennych zachowań

XII.5. Kontrola emocji i zachowania (12)

☐ całkowity brak zdolności do kontrolowania emocji i zachowania
☐ zdolność ograniczona – kontrolowanie emocji lub zachowania wymaga wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką)*
.....
.....
.....
☐ zdolność częściowo ograniczona – kontrolowanie emocji lub zachowania wymaga pokierowania/poinstruowania przez inne osoby
☐ pełna zdolność – posiadam pełna kontrolę nad emocjami i zachowaniem

(12) brak kontroli nad emocjami: wybuchanie gniewem, krzykiem, głośnym płaczem w sposób nieakceptowany społecznie, występowanie zachowań agresywnych skierowanych na inne osoby, np. popychanie, szturchanie, bicie, lub skierowanych na siebie np. w formie samookaleczenia

XIII. Proszę podać, jak ocenia Pani/Pan zdolność odbioru bodźców za pomocą narządu wzroku i słuchu

XIII.1. Odbiór bodźców wzrokowych (13)

☐ całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą
☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)
.....
.....
.....
☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)
.....
.....
.....
☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby
☐ pełna zdolność – brak zaburzeń narządu wzroku

(13) zdolność widzenia za pomocą narządu wzroku

XIII.2. Odbiór bodźców słuchowych (14)

☐ całkowity brak zdolności – czynność niemożliwa do wykonania nawet przy całkowitym wyręczaniu przez inną osobę lub technologię wspomagającą
☐ brak zdolności – przy wykonywaniu tej czynności wymagam całkowitego wyręczania przez inne osoby lub przez technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)
.....
.....
.....
☐ zdolność ograniczona – przy wykonywaniu tej czynności wymagam wsparcia częściowego przez inną osobę lub technologię wspomagającą (*jeżeli tak, podać jaką*)
.....
.....
.....
☐ zdolność częściowo ograniczona – przy wykonywaniu tych czynności wymagam pokierowania/poinstruowania przez inne osoby
☐ pełna zdolność – brak zaburzeń narządu słuchu

(14) zdolność słyszenia za pomocą narządu słuchu

XIV. Proszę podać inne informacje na temat swojego funkcjonowania, które Pani/Pan uważa za istotne:

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

XV. Proszę określić, czy Pani/Pan ma trudności z dotarciem do siedziby wojewódzkiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności.

☐ tak
☐ nie

jeżeli tak, proszę podać jakie:

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

XVI. Oświadczenie

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje w powyższym kwestionariuszu samooceny są prawdziwe.

Miejscowość: .....

Data (*dd / mm / rrrr*): .....

Podpis wnioskodawcy: .....

……, ……r.

WOJEWÓDZKI ZESPÓŁ DS. ORZEKANIA
O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
W KRAKOWIE

PEŁNOMOCNICTWO

Ja, ……(imię i nazwisko mocodawcy), zam. w …… (miejscowość), ……(adres miejsca zamieszkania/pobytu, ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, nazwa poczty), legitymujący się dowodem osobistym……(PESEL), ……(seria, nr), wydanym przez ……(nazwa organu wydającego), zwany dalej Mocodawcą,

udzielam pełnomocnictwa

……(imię i nazwisko pełnomocnika), zam. w …… (miejscowość), ……(adres miejsca zamieszkania/pobytu, ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, nazwa poczty), legitymujący się dowodem osobistym ……(PESEL)……(seria, nr) wydanym przez ……(nazwa organu wydającego), zwany dalej Pełnomocnikiem,

do reprezentowania mnie w postępowaniu o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia przy wszelkich czynnościach procesowych wynikłych w jego toku, w szczególności do złożenia w moim imieniu wniosku o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia, wypełnienia kwestionariusza samooceny trudności w zakresie wykonywania czynności związanych z funkcjonowaniem, odbioru oświadczeń procesowych organu, wykonywania zarządzeń organu prowadzącego postępowanie, składania wszelkich wniosków dotyczących toku postępowania, środków odwoławczych od orzeczeń wydanych w toku niniejszego postępowania, udostępniania akt postępowania, dopuszczenia do udziału w czynnościach prowadzonych z udziałem Mocodawcy, wniesienia odwołania od decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia, itp.

……

(podpis Mocodawcy)

a Pełnomocnik niniejsze pełnomocnictwo przyjmuje.

……

(podpis Pełnomocnika)

KLAUZULA INFORMACYJNA
dla klientów Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie

Na podstawie art. 13 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 (Dz.U. L 119 z 4.5.2016, s. 1; sprostowanie: Dz.U. L 127 z 23.5.2018, s. 2), zwanego dalej Rozporządzeniem uprzejmie informuję, że:

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewoda Małopolski, z siedzibą przy ul. Basztowej 22, 31-156 Kraków oraz Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności, z siedzibą przy ul. Olszańskiej 5, 31-513 Kraków, adres do korespondencji ul. Basztowa 22, 31-156 Kraków; przedstawiciel administratora wojewódzkiego zespołu: Renata Grochal – przewodniczący Wojewódzkiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie;
2) z Inspektorem ochrony danych w Małopolskim Urzędzie Wojewódzkim w Krakowie można się skontaktować za pośrednictwem platformy ePUAP (adres skrytki): /ag9300lhke/skrytka, poczty elektronicznej na adres: iod@malopolska.uw.gov.pl lub listownie na podany w punkcie 1 adres, umieszczając dopisek „Do Inspektora ochrony danych";
3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu:
   a) załatwienia sprawy związanej ze skierowaną do Wojewody Małopolskiego i Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności korespondencją;
   b) realizacji obowiązków wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w zakresie ustalania poziomu potrzeby wsparcia osoby niepełnosprawnej,
   c) realizacji Pani/Pana praw wynikających z art. 15 – 22 Rozporządzenia;

   na podstawie:

   a) art. 6 ust. 1 lit. c Rozporządzenia,
   b) ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2019 r. poz. 1781),
   c) ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 775),
   d) ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2020 r. poz. 164 z późn. zm.);
   e) art. 4b, art. 4c oraz art. $6b^3$ ust. 1 ustawy z 27 sierpnia 1997 r. *o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* (Dz. U. z 2023 r. poz. 100 z późn. zm.);
4) odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być:
   a) organy publiczne i urzędy państwowe lub inne podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa lub wykonujące zadania realizowane w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej,
   b) strony postępowania, ich pełnomocnicy, przedstawiciele stron (jeśli w danej sprawie występują), uprawnieni na podstawie przepisów prawa do dostępu do akt sprawy zawierających dane osobowe, którym rozstrzygnięcie sprawy Wojewoda Małopolski lub Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności zobowiązany jest doręczyć,
   c) podmioty przetwarzające dane osobowe, w przypadku, gdy Wojewoda Małopolski lub Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności powierzył takiemu podmiotowi przetwarzanie danych osobowych na podstawie umowy (w tym przypadku: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, ul. Nowogrodzka 1/3/5 00-513 Warszawa),
   d) wszystkie osoby, które w związku z przetwarzaniem danych będą mogły się z nimi zapoznać, jeśli Wojewoda Małopolski lub Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności ma obowiązek upubliczniania danych;
5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
6) okres przechowywania przez Wojewodę Małopolskiego i Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności Pani/Pana danych osobowych uzależniony jest od nadanej w sprawie kategorii archiwalnej, zgodnej z jednolitym rzeczowym wykazem akt i wynosi 10 lat. Pani/Pana dane osobowe mogą być jednak przechowywane dłużej ze względu na to, że

materiały będące we władaniu administracji publicznej mogą być usunięte tylko na podstawie zgody archiwum państwowego;

7) ma Pani/Pan prawo do:
   a) dostępu do swoich danych osobowych,
   b) ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych, przy czym przepisy odrębne mogą wyłączyć możliwość skorzystania z tego prawa,
   c) żądania sprostowania (poprawienia) swoich danych osobowych,
   d) usunięcia swoich danych osobowych w przypadku, gdy przetwarzanie tych danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania przez Wojewodę Małopolskiego i Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności władzy publicznej;
8) podanie Wojewodzie Małopolskiemu lub Wojewódzkiemu Zespołowi do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności danych osobowych umożliwiających Pani/Pana identyfikację jest obowiązkiem wynikających z przepisu prawa; jeśli Wojewoda Małopolski lub Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności tych danych nie będzie posiadał, Pani/Pana sprawa nie będzie mogła zostać rozpatrzona;
9) dotyczące Pani/Pana decyzje nie są oparte na zautomatyzowanym przetwarzaniu danych, w tym ich profilowaniu;
10) w przypadku uznania, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w Małopolskim Urzędzie Wojewódzkim w Krakowie narusza przepisy o ochronie tych danych ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.