

Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Nr sprawy Kielce, dnia

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres stałego zameldowania

Adres do korespondencji Nr telef.

PESEL Seria i nr dowodu osobistego

Adres poczty elektronicznej.....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub kuratora
(w przypadku osób do 18-go r. ż. lub ubezwłasnowolnienia osoby zainteresowanej)

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego opiekuna prawnego lub kuratora
tel:

Do Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Kielcach

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

- odpowiedniego zatrudnienia,
- szkolenia,
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (korzystania z usług socjalnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych),
- zasiłku stałego,
- zasiłku pielęgnacyjnego,
- ubiegania się o korzystanie z karty parkingowej,
- ubiegania się o zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju,
- inne

1. Uzasadnienie wniosku (należy zaznaczyć tylko jedną opcję!):

- wniosek pierwszorazowy
- kontynuacja, w związku z upływem ważności orzeczenia w dn.
- dotyczy zmiany stanu zdrowia

2. sytuacja społeczna:

stan cywilny, stan rodzinny

zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

	samodzielnie	z pomocą
wykonywanie czynności samoobsługowych	X	X
prorowadzenie gospodarstwa domowego	X	X
poruszanie się w środowisku	X	X

korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego

niezbędne	wskazane	zbędne
X	X	X

3. sytuacja zawodowa:

wykształcenie

zawód

obecne zatrudnienie

Oświadczam, że:

1. pobieram świadczenia (nie pobieram)* z ubezpieczenia społecznego
jakie
od kiedy
2. aktualnie toczy się (nie toczy się)* w mojej sprawie postępowanie przed innym organem
orzecznictwem, podać jakim
3. składałem (nie składałem)* uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:
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 długotrwałej lub nie rokującej poprawy
choroby).
5. posiadam (nie posiadam)* prawo jazdy.
6. 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.**

**W toku prowadzonego postępowania przed Miejskim Zespołem do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności w Kielcach zobowiązuję się powiadamiać o każdorazowej zmianie miejsca
zamieszkania.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Miejski Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą przy
ul. Zamenhofska 4, 25-555 Kielce, nieobowiązkowych danych osobowych zawartych we wniosku
i załączonych dokumentach, w celu:

- późniejszych kontaktów w przedmiotowej sprawie TAK NIE

.....
Podpis osoby zainteresowanej lub przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego / kuratora

Uwaga !!! Do Wniosku należy dołączyć:

1. „Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb Zespołu
do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności” – w oryginale.
2. Aktualne dowody leczenia: posiadane opinie i konsultacje lekarzy specjalistów,
opisy zdjęć RTG, karty informacyjne leczenia szpitalnego oraz inną dokumentację
medyczną – kserokopie i oryginały (oryginały należy przynieść wyłącznie do wglądu).
3. Posiadane orzeczenia o grupach inwalidzkich oryginały i kopie (ZUS, KRUS,
MSWiA, MON, Zespół Orzekający).

Wywiad do wniosku

- Imię i nazwisko:
- Staż pracy:
- Znajomość języków obcych: TAK/NIE: Jeśli TAK to jakie?.....
- Kierunek kształcenia:
- Uzyskany zawód:
- Inne: (np. studia podyplomowe)
- Ukończone kursy:

8. Źródła dochodu:* wynagrodzenie, brak, na utrzymaniu rodziny, pomoc społeczna,
 zasiłek dla bezrobotnych, emerytura/renta, inne

I. Sytuacja rodzinna i mieszkaniowa:

Sytuacja rodzinna:* samotny, posiada rodzinę/osoby bliskie

Warunki mieszkaniowe:

II. Informacje o funkcjonowaniu na poziomie aktywności indywidualnej:

1. Zdolność w zakresie samoobsługi:

- a) Utrzymanie higieny osobistej:* zdolna, ograniczenia (jakie?)
- b) Ubieranie i rozbieranie się:* zdolna, ograniczenia (jakie?)
- c) Spożywanie posiłków:* zdolna, ograniczenia (m.in. przygotowywanie poszczególnych posiłków, posługiwanie się sztućcami, sięganie po jedzenie, wkładanie pokarmu do ust)
- d) Inne czynności samoobsługi (m.in. przyjmowanie leków, stosowanie diety):
- e) Zdolność do prowadzenia gospodarstwa domowego:* pełna, ograniczenia (jakie?)
- f) Zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny/środki pomocnicze: TAK/NIE**
- g) Korzystanie z rehabilitacji, sanatorium i innych usług wspomagających funkcjonowanie: TAK/NIE**

2. Zdolność w zakresie komunikowania się:

- a) Zdolność do słyszenia:* pełna, ograniczenia (jakie?)
- b) Zdolność do widzenia:* pełna, ograniczenia.(jakie?)
- c) Zdolność do mówienia:* pełna, ograniczenia.(jakie?)

.....
podpis

Uwaga! Osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane na czas określony może wystąpić z wnioskiem o ponowne ustalenie stopnia niepełnosprawności **nie wcześniej niż na 2 miesiące przed upływem terminu ważności posiadanego orzeczenia!** (*na podstawie art. 6ba. 1. ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44).*

*właściwe zakreślić

Obowiązek informacyjny – Miejski Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności

Szanowni Państwo

Na podstawie art. 13 ust 1. i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), informujemy, iż:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Miejski Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Kielcach, zwany dalej Zespołem, ul. Zamenhoffa 4, 25-555 Kielce. Z Administratorem można się kontaktować pisemnie, pisząc na adres Administratora lub za pośrednictwem poczty elektronicznej: **orzecznictwo@mopr.kielce.pl**
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym możecie Państwo skontaktować się za pomocą poczty elektronicznej: **iod@mopr.kielce.pl** lub pisząc na adres Administratora.
3. Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu analizy oraz realizacji wniosków z zakresu:
 - ubiegania się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, gdzie podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
 - ubiegania się o wydanie legitymacji osoby niepełnosprawnej, gdzie podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych jest Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności,
 - ubiegania się wydanie karty parkingowej, gdzie podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2014 r. w sprawie wzoru oraz trybu wydawania i zwrotu kart parkingowych.
4. Podanie przez Państwa danych osobowych wynika z przepisów prawa. W przypadku braku podania przez Państwa danych osobowych realizacja przez Zespół złożonego wniosku będzie niemożliwa.
5. Państwa dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz nie będą podlegały profilowaniu .
6. Państwa dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego (poza Europejski Obszar Gospodarczy).
7. Odbiorcami Państwa danych osobowych będą instytucje uprawnione na podstawie przepisów prawa oraz/lub podmioty upoważnione na podstawie podpisanej umowy pomiędzy Administratorem a tym podmiotem. Niniejsze umowy będą zawierały zapisy określające warunki oraz zasady na jakich niniejsze podmioty będą przetwarzać Państwa dane.
8. Państwa dane osobowe będą przetwarzane do momentu zakończenia procedowania wniosku, a następnie przechowywane przez czas określony w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
9. W przypadku wyrażonej przez Państwa zgody na przetwarzanie danych osobowych innych niż wynikające z przepisów prawa, Państwa dane będą przetwarzane do momentu zakończenia procedowania wniosku lub jej wycofania.
10. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych przysługuje Państwu prawo do:
 - dostępu do Państwa danych osobowych,
 - sprostowania Państwa danych osobowych,
 - usunięcia Państwa danych osobowych, jednak nie wcześniej niż określają to przepisy prawa,
 - ograniczenia przetwarzania Państwa danych osobowych,
 - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych osobowych,
11. W przypadku powzięcia informacji o niewłaściwym przetwarzaniu Państwa danych osobowych przez Administratora przysługuje Państwu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (00-193 Warszawa, ul. Stawki 2).

Informujemy również, iż:

Administrator dokłada wszelkich starań, aby zapewnić wszelkie środki fizycznej, technicznej i organizacyjnej ochrony Państwa danych osobowych przed ich przypadkowym czy umyślnym zniszczeniem, przypadkową utratą, zmianą, nieuprawnionym ujawnieniem, wykorzystaniem czy dostępem, zgodnie z obowiązującymi przepisami.