

<b>Wypełnia urząd:</b>	<b>Nr sprawy .....</b>
Sprawdzono z dokumentem potwierdzającym tożsamość <input type="checkbox"/>	<i>Pieczęć organu z datą wpływu wniosku</i>
Sprawdzono w bazie ogólnopolskiej systemu EKSMOoN <input type="checkbox"/>	
Wprowadzono do systemu EKSMOoN <input type="checkbox"/>	
Przedłożono oryginały dokumentacji medycznej (do wglądu) <input type="checkbox"/>	
Uwagi .....	

## WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O WSKAZANIACH DO ULG I UPRAWNIENÍ

*- dla osób posiadających orzeczenie innego organu, mogących wystąpić o orzeczenie stopnia niepełnosprawności na podstawie art.5a ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*

### DANE OSOBY ZAINTERESOWANEJ

**Imię nazwisko:** .....

**Data urodzenia:** ..... **Miejsce urodzenia:** ..... **Obywatelstwo:**<sup>1</sup> .....

**Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:**<sup>2</sup> ..... **PESEL:** .....

**Osoby do 18 roku życia - nr skróconego odpisu aktu urodzenia:** .....

**Adres zameldowania:** (na pobyt stały):<sup>3</sup> .....

**Adres pobytu:** (wypełnić w przypadku braku zameldowania na pobyt stały)<sup>4</sup> .....

**Adres korespondencji:** .....

**Telefon kontaktowy:** ..... **e-mail:**<sup>5</sup> .....

#### Oświadczam że:

##### **posiadam ważne orzeczenie:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> o całkowitej niezdolności do pracy oraz o niezdolności do samodzielnej egzystencji,<br><input type="checkbox"/> o całkowitej niezdolności do pracy,<br><input type="checkbox"/> o częściowej niezdolności do pracy,<br><input type="checkbox"/> o celowości przekwalifikowania zawodowego,<br><input type="checkbox"/> o zaliczeniu do I grupy inwalidów,<br><input type="checkbox"/> o zaliczeniu do II grupy inwalidów,<br><input type="checkbox"/> o zaliczeniu do III grupy inwalidów, | <input type="checkbox"/> lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,<br><input type="checkbox"/> komisję lekarską Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,<br><input type="checkbox"/> komisję do Spraw Inwalidztwa i Zatrudnienia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,<br><input type="checkbox"/> lekarza rzeczoznawcę Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego,<br><input type="checkbox"/> komisję lekarską Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, |
|---|---|

**Orzeczenie zostało wydane w dniu** \_\_ - \_\_ - \_\_\_\_ **na okres do** .....

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

*(proszę wstawić „x” w odpowiednie miejsce)*

- |  |  |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> odpowiedniego zatrudnienia,</li> <li>2. <input type="checkbox"/> szkolenia,</li> <li>3. <input type="checkbox"/> uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,</li> <li>4. <input type="checkbox"/> zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz techniczne ułatwiające funkcjonowanie,</li> <li>5. <input type="checkbox"/> korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,</li> <li>6. <input type="checkbox"/> spełniania przesłanek określonych w Prawie o ruchu drogowym (<i>karta parkingowa</i>),</li> <li>7. <input type="checkbox"/> korzystania ze świadczeń pomocy społecznej,</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>8. <input type="checkbox"/> uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,</li> <li>9. <input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,</li> <li>10. <input type="checkbox"/> uzyskania prawa do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,</li> <li>11. <input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,</li> <li>12. <input type="checkbox"/> korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów,</li> <li>13. <input type="checkbox"/> innych (wymienić jakich.....)</li> </ol> |
|--|--|

**Cel podstawowy:** *(wyłącznie jeden z wyżej wymienionych od 1 do 13)* .....

## DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ OSOBY ZAINTERESOWANEJ

### Sytuacja społeczna i zawodowa:

1) Stan cywilny: (proszę wstawić „x” w odpowiednie miejsce)

- |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> żonaty       | <input type="checkbox"/> zamężna      |
| <input type="checkbox"/> rozwiedziony | <input type="checkbox"/> rozwiedziona |
| <input type="checkbox"/> w separacji  | <input type="checkbox"/> w separacji  |
| <input type="checkbox"/> wdowiec      | <input type="checkbox"/> wdowa        |
| <input type="checkbox"/> kawaler      | <input type="checkbox"/> panna        |

2) Wykształcenie: (proszę wstawić „x” w odpowiednie miejsce)

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> bez wykształcenia szkolnego |
| <input type="checkbox"/> podstawowe                  |
| <input type="checkbox"/> zasadnicze                  |
| <input type="checkbox"/> średnie                     |
| <input type="checkbox"/> wyższe                      |

3) Zawód wyuczony ..... 4) Zawód obecnie wykonywany .....

5) Miejsce pracy (nazwa zakładu) .....

### Zdolność do samodzielnego funkcjonowania: (proszę wstawić „x” w odpowiednie miejsce)

- |  |                                   |                                   |                                       |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| 6) Wykonywanie czynności samoobsługowych | <input type="checkbox"/> z opieką | <input type="checkbox"/> z pomocą | <input type="checkbox"/> samodzielnie |
| 7) Poruszanie się w środowisku           | <input type="checkbox"/> z opieką | <input type="checkbox"/> z pomocą | <input type="checkbox"/> samodzielnie |
| 8) Prowadzenie gospodarstwa domowego     | <input type="checkbox"/> z opieką | <input type="checkbox"/> z pomocą | <input type="checkbox"/> samodzielnie |

### DANE OSOBOWE OPIEKUNA PRAWNEGO

(wypełnić w przypadku, gdy osoba zainteresowana nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych [ubezważnolenie częściowe lub całkowite])

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....Miejsce urodzenia: ..... Obywatelstwo: <sup>1</sup> .....

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: <sup>2</sup> ..... PESEL: .....

Adres zameldowania: (na pobyt stały) <sup>3</sup> .....

Adres pobytu: (wypełnić w przypadku braku zameldowania na pobyt stały) <sup>4</sup> .....

Adres korespondencji: .....

Telefon kontaktowy: ..... e-mail: <sup>5</sup> .....

### Oświadczam, że: (proszę wstawić „x” w odpowiednie miejsce)

- nie składałam/em  składałam/em wniosku o wydanie orzeczenia w..... roku;
- pobieram  nie pobieram  świadczenia rentowe  emeryturę
- jestem świadoma/y**, że jeżeli przedłożona do wniosku dokumentacja medyczna okaże się niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, przewodnicząca Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Poznaniu zawiadamia o konieczności jej uzupełnienia z pouczeniem, że niedostarczenie dokumentacji w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
- Zobowiązuję się powiadomić Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Poznaniu o każdej zmianie mojego adresu do momentu zakończenia postępowania, zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego. W razie zaniedbania tego obowiązku – **jestem świadoma/y**, iż doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.
- Zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Poznaniu i **wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych zgodnie z przeznaczeniem i procedurą opisaną w informacji (strona 4 wniosku).

### DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ

\_\_\_\_\_  
Podpis osoby zainteresowanej  
i/lub przedstawiciela ustawowego

POUCZENIE: Art. 233 § 1. Kodeksu Karnego: 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 od 6 miesięcy do lat 8.

## INSTRUKCJA WYPEŁNIENIA WNIOSKU

### ✓ Przypisy:

- <sup>1</sup> Konieczność podania obywatelstwa dotyczy wyłącznie cudzoziemców, nieposiadających numeru PESEL.
- <sup>2</sup> Dokumentami potwierdzającymi tożsamość są dowód osobisty lub paszport.
- <sup>3</sup> Pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania.
- <sup>4</sup> Adres pobytu należy podać wyłącznie w przypadku osób:
  - bezdomnych,
  - przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych,
  - przebywających w zakładach karnych i poprawczych,
  - przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.
- <sup>5</sup> Podanie numeru telefonu/adresu e-mail jest dobrowolne i służy wyłącznie do ewentualnego kontaktu Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Poznaniu z osobą zainteresowaną (lub jej przedstawicielem) do celów związanych z prowadzonym postępowaniem w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, natomiast brak ich podania skutkuje ograniczeniem form komunikacji.
- <sup>6</sup> W przypadku niemożności złożenia podpisu osoba niemogąca pisać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis.

### ✓ Do wniosku w sprawie wydania orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień należy dołączyć dokumenty:

1. **Orzeczenie** o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów lub niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, o którym mowa w art. 62 lub orzeczenie, o którym mowa w art. 5 Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych - oryginał (do wglądu)
2. **Dokumentację medyczną** (np. karty leczenia szpitalnego, wyniki badań, konsultacji specjalistycznych, historie choroby) w formie wyciągów, odpisów, kopii lub wydruków – uwierzytelnionych za zgodność z oryginałem lub oryginałów – do wglądu. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
3. **Informację zawodowo-socjalną.**

### ✓ **W przypadku złożenia wniosku przez opiekuna prawnego należy przedstawić dokument potwierdzający fakt jego ustanowienia.**

### ✓ **W przypadku reprezentowania strony przez pełnomocnika należy dołączyć akt pełnomocnictwa do reprezentowania strony (oryginał lub urzędowo poświadczony odpis).**

### ✓ Zasady wizyty w Powiatowym Zespole:

1. klienci obsługiwani są po pobraniu biletu z systemu kolejkowego (możliwa jest rezerwacja internetowa);
2. bez pobrania biletu w punkcie informacji można uzyskać niezbędne formularze;
3. bilety na załatwienie sprawy w danym dniu bez wcześniejszej rezerwacji internetowej wydawane są w ograniczonej ilości;
4. po wyczerpaniu dziennego limitu biletów bez wcześniejszej rezerwacji internetowej system kolejkowy wydaje wyłącznie bilety klientom posiadającym rezerwację internetową (ostatni klient posiadający bilet zostaje przyjęty 10 minut przed zakończeniem obsługi klienta);
5. każdy bilet z systemu kolejkowego jest wzywany do obsługi trzy razy, jeżeli klient nie podejdzie do stanowiska obsługi, pobrany bilet zostaje anulowany, a w celu realizacji wizyty należy pobrać nowy bilet.
6. **Godziny i miejsce przyjmowania wniosków:**  
*Słowackiego 8, 60-823 Poznań, pok. 022, parter, poniedziałek: 7.30-16.30, wtorek-piątek: 7.30-14.30*
7. **Informacja telefoniczna:** *poniedziałek – piątek, w godz. 7.30-14.30: 61 8410 704, 61 8410 705, 61 8410 706*

**INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH  
W POWIATOWYM ZESPOLE DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W POZNANIU**

obowiązuje od 25 maja 2018 r.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Przewodniczący Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą przy ulicy Słowackiego 8, 60-823 Poznań oraz Starosta Poznański z siedzibą przy ulicy Jackowskiego 18, 60-509 Poznań.
2. Wyznaczono inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować poprzez e-mail: [iod@powiat.poznan.pl](mailto:iod@powiat.poznan.pl) lub pisemnie na adres: Starostwo Powiatowe w Poznaniu ul. Jackowskiego 18, 60-509 Poznań.
3. Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu wypełnienia obowiązków wynikających z przepisów prawa ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. 2018 r. poz. 511)
4. Dane po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania przepisów dotyczących archiwizowania danych przez Administratora.
5. Pani/Pan, których dane dotyczą, mają prawo do:
  - a) dostępu do swoich danych osobowych,
  - b) żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe,
  - c) żądania usunięcia danych, gdy:
    - dane nie są już niezbędne do celów, dla których zostały zebrane,
    - dane przetwarzane są niezgodnie z prawem,
  - d) żądania ograniczenia przetwarzania, gdy:
    - osoby te kwestionują prawidłowość danych,
    - przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych,
    - Administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
6. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym.
8. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu.
9. Odbiorcami danych są podmioty określone w przepisach prawa.