

Nr sprawy

Miejscowość

Data

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Wypełniać drukowanymi literami!

IMIĘ

NAZWISKO

Data urodzenia Miejsce urodzenia
dzień - miesiąc - rok

Numer PESEL

Nr i seria dowodu osobistego (lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość – podać jaki)

.....

Adres zameldowania

Adres pobytu (korespondencji).....
(wypełnić jeśli jest inny niż adres zameldowania)

Telefon kontaktowy

**Do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania
o Niepełnosprawności w Bydgoszczy
ul. Toruńska 272, 85-831 Bydgoszcz**

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów (zaznaczyć krzyżykiem!):

- ☐ odpowiedniego zatrudnienia,
- ☐ szkolenia,
- ☐ uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
- ☐ konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- ☐ korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacja pozarządowe oraz inne placówki,
- ☐ korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 Prawa o ruchu drogowym ze względu na ograniczenia sprawności ruchowej,
- ☐ korzystania z systemu pomocy społecznej,
- ☐ uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
- ☐ uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
- ☐ zamieszkiwania w oddzielnym pokoju (dotyczy osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich oraz osób, których niepełnosprawność wymaga zamieszkiwania w oddzielnym pokoju),
- ☐ ulg i uprawnień na podstawie innych przepisów.

Najważniejszy cel złożenia wniosku proszę podkreślić!

1. Sytuacja społeczna: stan cywilny, stan rodziny.....(liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym)

2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania (właściwie zaznaczyć):

wykonywanie czynności samoobsługowych:	☐ samodzielnie	☐ z pomocą	☐ opieka
prowadzenie gospodarstwa domowego:	☐ samodzielnie	☐ z pomocą	☐ opieka
poruszanie się w środowisku:	☐ samodzielnie	☐ z pomocą	☐ opieka

3. Sytuacja zawodowa:

wykształcenie zawód wyuczony

obecne zatrudnienie zawód wykonywany

OŚWIADCZAM, ŻE:

1. **Pobieram / nie pobieram*** świadczenia z ubezpieczenia społecznego (renta z ZUS, KRUS, MON, MSWiA lub innego organu orzeczniczego)

Jaka:..... Od kiedy:

2. **Składałem / nie składałem*** uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności; Posiadam orzeczenie ważne na okres stały/ do dnia, stopień niepełnosprawności..... nr sprawy.....

3. **Składałem / nie składałem*** odwołania od orzeczenia powiatowego lub wojewódzkiego zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności.

4. **Mogę/ nie mogę*** przybyć na posiedzenie składu orzekającego.

5. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonywania dodatkowych konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza, **jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**

6. Wniosek niniejszy składam z powodu **przedłużenia poprzedniego orzeczenia / zmiany stanu zdrowia ***.
OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.

* niepotrzebne skreślić

.....
data i podpis osoby zainteresowanej

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu orzeczniczego zgodnie z **Rozporządzeniem 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 (tzw. RODO).

.....
data i podpis osoby zainteresowanej

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci nr telefonu i/lub adresu e-mail wpisanego we wniosku w celu przekazania informacji dotyczącej postępowania orzeczniczego.

.....
data i podpis osoby zainteresowanej

UWAGA : Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności należy złożyć:

- Oryginał wniosku i informacji o zakresie opieki (**dokładnie wypełnić każdą rubrykę**),
- Oryginał zaświadczenia lekarskiego (**ważne 30 dni od daty wystawienia przez lekarza**),
- **Kserokopie wszelkiej dokumentacji mogącej mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności potwierdzone za zgodność przez organ wydający dany dokument, np.: karty informacyjne ze szpitala, historia choroby, badania dodatkowe, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie (w przypadku ich braku wnioskodawca zobowiązany jest zostawić oryginały dokumentacji),**
- Kserokopie poprzednich orzeczeń (jeśli były).