

Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Toruń, dnia

Nr sprawy: **WZiPS.8421.** **.2018**

(numer nadaje Zespół)

Imię i nazwisko /...../

Data urodzenia..... Miejsce urodzenia

Adres zameldowania (stałego wg dokumentów)

Adres pobytu

Adres do korespondencji

Nr PESEL /...../ Nr, seria dowodu osobistego

Nr telefonu *

Dane przedstawiciela ustawowego – wypełniane tylko w przypadku gdy osoba zainteresowana jest niepełnoletnia lub ubezwłasnowolniona.

Gdy nie zachodzi w/w okoliczność zaznaczyć „NIE DOTYCZY”

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego /...../

Adres zamieszkania / adres korespondencyjny przedstawiciela ustawowego:

Nr PESEL

Seria i nr dowodu osobistego ; Nr telefonu *

Komisja pierwszorazowa

Komisja kolejna:

- w celu kontynuacji ważnego* orzeczenia
 w związku z pogorszeniem stanu zdrowia

**Miejski Zespół do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności
ul. Fałata 39
87-100 Toruń**

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

1. Odpowiedniego zatrudnienia uwzględniającego psychofizyczne możliwości,
2. Szkolenia, w tym specjalistycznego,
3. Uczestnictwa w terapii zajęciowej,
4. Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze ułatwiające funkcjonowanie,
5. Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych,
6. Ubiegania się o świadczenia pieniężne z pomocy społecznej: zasiłku pielęgnacyjnego, zasiłku stałego, innych świadczeń*
7. Korzystania z karty parkingowej zgodnie z art. 8 ust.1 ustawy – Prawo o ruchu drogowym,
8. Uzyskania dodatkowej powierzchni mieszkalnej, zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
9. Inne (proszę określić jakie, np. ulga telekomunikacyjna)

Uzasadnienie wniosku:

1. Sytuacja społeczna: stan cywilny; stan rodziny (ilość osób wspólnie zamieszkujących)
2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:
- wykonywanie czynności samoobsługowych: **samodzielnie** / z pomocą / opieka*
- poruszanie się w środowisku **samodzielnie** / z pomocą / opieka*
- prowadzenie gospodarstwa domowego: **samodzielnie** / z pomocą / opieka*
3. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego: **niezbędne** / wskazane / zbędne*; **nie korzystam** / **korzystam***,
4. Sytuacja zawodowa:
- wykształcenie; zawód /przygotowanie zawodowe lub posiadane kwalifikacje
.....
obecne zatrudnienie **nie pracuję** / **pracuję*** (podać gdzie)

Oświadczam, że:

1. Pobieram / nie pobieram* świadczenie z ubezpieczenia społecznego: emerytura, renta, świadczenie przedemerytalne
2. Składałem/nie składałem* uprzednio wniosek o ustalenie niepełnosprawności / stopnia niepełnosprawności: orzeczenie z dnia niepełnosprawność / stopień ważne do/na stałe* wydane przez Miejski/Powiatowy/Wojewódzki* Zespół ds. Orzekania o Stopniu* Niepełnosprawności w
W przypadku zmiany nazwiska, podać nazwisko na które wydano poprzednie orzeczenie
3. Posiadam /nie posiadam* orzeczenie innego organu orzeczniczego jeśli tak, to podać nazwę organu: (ZUS, KRUS, MSWiA), MON) podać datę wydania orzeczenia
4. **Mogę/ nie mogę* 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. **Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na przetwarzanie udostępnionych danych dotyczących: numeru telefonu podanego w niniejszym wniosku w celu otrzymywania w ten sposób informacji dotyczących wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.**
Zostałem poinformowany/a o prawie do wycofania zgody na przetwarzanie danych dotyczących: numeru telefonu w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pana/i zgody przed jej wycofaniem.
6. Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy / a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
* odpowiednio zaznaczyć

Wraz z wnioskiem należy złożyć dokumentację medyczną zgodnie z poniższą informacją

.....
Podpis wnioskodawcy lub jego przedstawiciela ustawowego

Informacja !

W dniu składania wniosku należy złożyć:

1. **Zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza leczącego rodzinnego lub specjalistę (oryginał obowiązującego druku),**
Zaświadczenie zachowuje ważność 30 dni - od daty wystawienia do dnia złożenia w Miejskim Zespole d/s...
2. **Oryginały lub kopie dokumentacji medycznej** (zgodnie z art. 76a kpa - kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem na każdej stronie dokumentu przez podmiot, który dokument wytworzył, tj. np. historię choroby – potwierdza osoba uprawniona z poradni będącej w posiadaniu tej dokumentacji lub przez osobę uprawnioną do takiego potwierdzenia tj. notariusza albo przez występującego w sprawie pełnomocnika strony będącego adwokatem, radcą prawnym, rzecznikiem patentowym lub doradcą podatkowym) **umożliwiające ustalenie stopnia niepełnosprawności, daty powstania niepełnosprawności i stopnia niepełnosprawności, itd.**

Dokumentację medyczną stanowią: historie chorób z poradni specjalistycznych i POZ, karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań specjalistycznych (np.: badanie wzroku, badanie dna oka, pole widzenia; badanie słuchu; rezonans magnetyczny; zdjęcia rtg i opisy do zdjęć rtg), aktualne wyniki testów psychologicznych oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na rozpatrzenie sprawy, np. opinie, orzeczenia.

Potwierdzenia za zgodność z oryginałem kserokopii dokumentu (*karty informacyjnej leczenia szpitalnego, wyniku badania*), **który pozostaje w dokumentacji Zespołu może także dokonać pracownik przyjmujący wniosek, jeżeli przy składaniu wniosku zostanie przedstawiony oryginał dokumentu.**

Przy dokonywaniu oceny o zaliczaniu do osób niepełnosprawnych przez skład orzekający będą uwzględniane tylko oryginały lub kopie dokumentacji medycznej potwierdzone za zgodność z oryginałem.

Kserokopie dokumentacji medycznej nie potwierdzone za zgodność z oryginałem, zgodnie z obowiązującymi przepisami, mogą posłużyć jako materiał pomocniczy przy wydawaniu oceny, ale nie decydują o zaliczaniu do stopnia niepełnosprawności.

3. W celu kontynuacji niepełnosprawności nowy wniosek o wydanie orzeczenia należy złożyć **nie wcześniej niż 30 dni przez utratą ważności posiadanego orzeczenia.**
4. **Przy kolejnym składaniu wniosku o wydanie orzeczenia należy dołączyć oryginały lub kopię dokumentacji medycznej zgrupowanej po dacie wydania ostatniego orzeczenia, potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez podmiot, który wydał dokument lub przez osoby uprawnione do takiego potwierdzenia(z imienia i nazwiska).**
5. **Jeżeli wnioskodawca był orzekany w innym Zespole niż Miejski Zespół ds. Orzekania w Toruniu lub był orzekany w Wojewódzkim Zespole ds. Orzekania bądź w Sądzie - należy załączyć kopię posiadanego orzeczenia lub wyroku.**

Druki wniosku i zaświadczenia lekarskiego do pobrania pod adresem:

www.um.torun.pl (zakładka: Jak załatwić sprawę? – Niepełnosprawni – Orzekanie o niepełnosprawności osób, które ukończyły 16 roku życia (druk WZIPS 12.6)

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH

1. Administratorem Pana/i danych osobowych jest Miejski Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności przy Wydziale Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miasta Torunia z siedzibą w Toruniu przy ul. Fałata 39, tel:56/611-88-92/91.
2. W sprawach związanych z ochroną danych osobowych i realizacją Pana/i praw może się Pan/i kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych e-mailowo: iod@um.torun.pl, telefonicznie: 56/611 88 02 lub pisemnie na adres: ul. Wały Generała Sikorskiego 8, 87-100 Toruń.
3. Pana/i dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust 1 lit c; art. 7 oraz art. 9 ust 2 lit b RODO w następujących celach:
 - a) wydania orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, uzyskania ulg i uprawnień na podstawie obowiązku wynikającego z art.5a, art. 6 i 6b ust.1 oraz art. 6d ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o *rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych* (tj. Dz.U. z 2018 r., poz. 511 ze zm.), § 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w *sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności* (Dz.U. z 2015 r., poz. 1110 ze zm.), rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 r. w *sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16 roku życia* (Dz.U. z 2002 r. Nr 17, poz. 162 ze zm.), rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2007 r. w *sprawie wykonywania badań specjalistycznych na potrzeby orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności* (Dz.U. z 2007 r. nr 250, poz. 1875);
 - b) wydania legitymacji dokumentującej niepełnosprawność lub stopień niepełnosprawności (LON) na podstawie obowiązku wynikającego z art.6 ca ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o *rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych* (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 511 ze zm.), § 35 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w *sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności* (Dz.U. z 2015 r., poz. 1110 ze zm.);
 - c) wydania karty parkingowej dla osoby niepełnosprawnej lub placówki na podstawie obowiązku wynikającego z art. 8 ustawy *Prawo o ruchu drogowym* (Dz.U. z 2017 r., poz. 1260 ze zm.), rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2014 r. (tj. Dz.U. z 2016 r., poz. 1438) w *sprawie wzoru oraz trybu wydawania i zwrotu kart parkingowych*, rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 czerwca 2014 r. w *sprawie rodzaju placówek uprawnionych do uzyskania karty parkingowej* (Dz.U. z 2014 r., poz. 818), rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2014 r. w *sprawie wysokości opłaty za wydanie karty parkingowej oraz warunków dystrybucji blankietów kart parkingowych* (Dz.U. z 2014 r. poz. 843);

w zależności dla którego celu Pan/i składa wniosek.

4. Podane dane będą przetwarzane w wersji papierowej oraz w systemie informatycznym (EKSMON) tj. Elektronicznym Krajowym Systemie Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności, zgodnie z rozporządzeniem z dnia 28.11.2007 r. w *sprawie warunków, sposobu oraz trybu gromadzenia i usuwania danych w ramach Elektronicznego Krajowego Systemu Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności* (Dz. U. Nr 228, poz. 1681). Nadzór nad funkcjonowaniem systemu sprawuje Pełnomocnik Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych.
5. Podanie przez Pana/ią danych jest wymagane przepisem prawa i jest Pan/i zobowiązany/a do ich podania. W przypadku niepodania danych zostanie wydane zawiadomienie o pozostawieniu sprawy bez rozpoznania, o którą Pan/i wnioskuję.
6. Podanie danych dotyczących numeru telefonu i adresu e-mailowego jest dobrowolne, i następuje za Pana/i zgodą w celu ułatwienia kontaktowania się w związku z prowadzonym przez Zespół postępowaniem.
7. Pana/i dane osobowe przechowywane będą przez okres od 5 do 10 lat w zależności od realizacji celu określonego w pkt.3, a następnie podlegać będą ocenie archiwalnej do zniszczenia lub dalszego okresu przechowywania.
8. Podane dane osobowe mogą być udostępnione wyłącznie podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa oraz dostawcom usług zaopatrujących Zespół w rozwiązania techniczne oraz organizacyjne, umożliwiające realizację zadań oraz zarządzanie pracą Zespołu, a w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, wybranych przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.
9. Administrator nie zamierza przekazywać Pana/i danych poza teren Polski/Unii Europejskiej.
10. Posiada Pan/i prawo:
 1. dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii,
 2. sprostowania (poprawiania) swoich danych,
 3. ograniczenia przetwarzania danych wyłącznie do przechowywania danych osobowych w przypadku przekonania, że posiadane przez nas dane są nieprawidłowe lub przetwarzane bezpodstawnie, lub przekonania, że posiadane dane przez Zespół nie są już potrzebne do celów przetwarzania, natomiast są potrzebne Panu/i do ustalenia, dochodzenia lub ochrony roszczeń,
 4. wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu do Spraw Ochrony Danych Osobowych,
 5. wycofania zgody na przetwarzanie danych dotyczących w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Wycofanie jest możliwe tylko w odniesieniu do tych danych, na których przetwarzanie Pan/i wyraził(a) zgodę. Wycofanie zgody nie dotyczy danych przetwarzanych na podstawie przepisów prawa;
11. Pana/i dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania. Przed realizacją Pana/i uprawnień Zespół zobowiązany jest potwierdzić Pana/i tożsamość.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z powyższą klauzulą informacyjną.

Toruń, dnia

.....
podpis wnioskodawcy lub jego przedstawiciela ustawowego