



## Uzasadnienie wniosku

1. Sytuacja społeczna: stan cywilny .....

2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania (\*niepotrzebne skreślić)

Wykonywanie czynności samoobsługowych samodzielnie\* / z pomocą\*/opieka\*

Prowadzenie gospodarstwa domowego samodzielnie\* / z pomocą\*/opieka\*

Poruszanie się w środowisku samodzielnie\* / z pomocą\*/opieka\*

3. Korzystam\* / nie korzystam\* ze sprzętu rehabilitacyjnego (jakiego?)

.....

4. Sytuacja zawodowa wykształcenie

podstawowe nieukończone

podstawowe

zasadnicze

średnie

wyższe

Zawód wyuczony .....

Zawód obecnie wykonywany .....

### Oświadczenia

1. Oświadczam, że pobieram\* / nie pobieram\* świadczenie pieniężne:

a) z ZUS      b) z KRUS      emerytura      renta

c) z Pomocy społecznej (wymienić jakie) .....

d) data wydania orzeczenia ZUS lub KRUS .....

przyznana grupa .....

2. Oświadczam, że aktualnie toczy się\* / nie toczy się\* w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem, podać jakim .....

3. Oświadczam, że składałem\* / nie składałem\* uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności: jeżeli tak, to kiedy .....

z jakim skutkiem .....

4. Oświadczam, że mogę\* / nie mogę\* samodzielnie przybyć na posiedzenie sądu orzekającego, (jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby).

5. Posiadam ważne orzeczenie – podać jakie .....

które nie zawiera informacji, będących podstawą do korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów.

**6. W razie stwierdzonych 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 poniesienia ich kosztów we własnym zakresie.**

**OSWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.**

#### UWAGA:

Do wniosku należy załączyć

- **kserokopię** posiadanej dokumentacji medycznej ( w tym aktualnej z ostatnich 2 lat): np. karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych, opinie psychologiczne, kartotekę z poradni prowadzącej oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności, a zwłaszcza okresu jej powstania- **ORYGINAŁY DO WGLĄDU!!**
- **kserokopię** orzeczenia Lekarza Orzecznika ZUS, KRUS, MON, MSWiA o niezdolności do pracy, orzeczenie o posiadanej grupie inwalidzkiej lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (oryginały do wglądu), **jeżeli zostało wydane.**

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego,

2. kserokopie posiadanej dokumentacji medycznej,

3. inne dokumenty, podać jakie .....

4. kserokopie orzeczenia KIZ, ZUS lub KRUS

\* *niepotrzebne skreślić*

.....  
.....  
podpis osoby zainteresowanej  
lub jej przedstawiciela ustawowego



6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych (w załączeniu):.....  
.....  
.....

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:  
.....  
.....  
.....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?  
TAK / NIE\*

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (rok).....

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?  
(rok).....

Pacjent:     wymaga opieki                                     nie wymaga opieki - osoby drugiej ze względu na  
niemożność samodzielnej egzystencji

Pacjent:     jest zdolny     jest trwale niezdolny - do odbycia podróży celem  
udziału w posiedzeniu zespołu ds. orzekania o stopniu niepełnosprawności.

.....  
pieczętka i podpis lekarza

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE JEST WAŻNE 30 DNI OD DATY WYSTAWIENIA!**

*\*niepotrzebne skreślić*

**Szczegółowa ocena funkcjonowania osoby badanej w skali Barthela  
wydane dla Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności  
w Mrągowie**

**Imię i nazwisko:**.....

**Data i miejsce urodzenia:**.....

**Adres zamieszkania:**.....

**Nr PESEL:**.....

Lp.	Nazwa czynności	Wartość punktowa
1.	<b>Spożywanie posiłków</b> 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść, 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. 10 = samodzielny, niezależny.	
2.	<b>Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie)</b> 0 = nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siadaniu, 5 = większa pomoc (w jedną, dwie osoby, fizyczna), może siedzieć, 10 = mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna), 15 = samodzielny	
3.	<b>Utrzymanie higieny osobistej</b> 0 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych, 5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami).	
4.	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> 0 = zależny, 5 = częściowo potrzebuje pomocy, 10 = niezależny ( w zdejmowaniu, zakładaniu, ubieraniu części garderoby).	
5.	<b>Mycie, kąpiel całego ciała</b> 0 = zależny, 5 = niezależny,	
6.	<b>Poruszanie się (po powierzchniach płaskich)</b> 0 = nie porusza się lub <50m, zależny na wózku, 5 = niezależny na wózku, 10 = spaceruje z pomocą jednej osoby >50m, 15 = niezależny (ale może potrzebować pomocy np. laski) >50m.	
7.	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach</b> 0 = nie jest samodzielny, 5 = potrzebuje pomocy (fizycznej, przenoszenia), 10 = samodzielny.	
8.	<b>Ubieranie się i rozbieranie się.</b> 0 = zależny, 5 = potrzebuje pomocy, ale część czynności może wykonać bez pomocy, 10 = niezależny ( w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.)	
9.	<b>Kontrolowaniu stolca / zwieracza odbytu</b> 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca (lub występuje konieczność wykonywania lewatywy), 5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania stolca, 10 = kontroluje oddawanie stolca.	
10.	<b>Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego</b> 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany i przez to niesamodzielny, 5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania moczu, 10 = kontroluje oddawanie moczu.	
	<b>Wynik kwalifikacji</b>	<b>pkt.</b>

.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)<sup>1</sup>

.....  
(miejscowość, data )

.....  
(nr PESEL)

## **OŚWIADCZENIE**

### o miejscu pobytu stałego

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. *o ewidencji ludności* (Dz. U. z 2019 r., poz. 1397 z późn. zm.), zgodnie, z którym pobytym stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że moim miejscem pobytu stałego/ miejscem pobytu stałego dziecka/ miejscem pobytu stałego osoby w imieniu której składam wniosek<sup>2</sup> jest:

.....  
(adres miejsca pobytu stałego)

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz. U. z 2019 r., poz. 1950) - *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 do lat 3* potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

.....  
(podpis)

<sup>1</sup> Osoba, której dotyczy wniosek o wydanie orzeczenia.

<sup>2</sup> Niepotrzebne skreślić.

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (zwanego dalej RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana, niepełnoletniego dziecka, pełnomocnika, opiekuna prawnego, kuratora danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Mrągowie, ul. Warszawska 53, 11-700 Mrągowo.
2. Kontakt z Inspektorem ochrony danych w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Mrągowie jest możliwy poprzez adres e-mail: [iod@powiat.mragowo.pl](mailto:iod@powiat.mragowo.pl)
3. Pani/Pana, niepełnoletniego dziecka, pełnomocnika, opiekuna prawnego, kuratora dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełniania obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze w związku z realizowaniem zadań przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Mrągowie na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO.
4. W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym w ust.3 Pani/Pana, niepełnoletniego dziecka, pełnomocnika, opiekuna prawnego, kuratora dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom danych osobowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
5. Pani/Pana, niepełnoletniego dziecka, pełnomocnika, opiekuna prawnego, kuratora dane osobowe będą przetwarzana przez okres niezbędny do realizacji wskazanego w pkt 3 celu przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa.
6. W związku z przetwarzaniem przez Administratora danych osobowych przysługuje Pani/Panu, pełnomocnikowi, opiekunowi prawnemu, kuratorowi:
  1. prawo dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO;
  2. prawo do sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;
  3. prawo do usunięcia danych, na podstawie art. 17 RODO;
  4. prawo do ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO;
  5. prawo do przenoszenia danych, na podstawie art. 20 RODO;
  6. prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na podstawie art. 21 RODO;
  7. w przypadku, w którym przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody (tj. art. 6 ust. 1 lit. a RODO), przysługuje prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Pan/Pani, pełnomocnik, opiekun prawny, kurator ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, pełnomocnik, opiekun prawny, kurator, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
8. Podanie danych osobowych jest warunkiem prowadzenia sprawy w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Mrągowie.  
Podanie danych jest:
  - 1) obowiązkowe, jeżeli zostało to określone w przepisach prawa, konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości prowadzenia sprawy.
  - 2) dobrowolne, jeśli odbywa się na podstawie Pani/Pana, pełnomocnika, opiekuna prawnego, kuratora zgody.
9. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
10. Administrator danych nie będzie przekazywać danych osobowych do Państwa trzeciego oraz organizacji międzynarodowych.

.....

(podpis)