

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O WSKAZANIACH DO ULG I UPRAWNIENÍ

Nr sprawy:

.....
miejsowość i data

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Nr i seria dowodu osobistego PESEL/...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Adres zameldowania (stały, czasowy)

Adres pobytu (korespondencyjny)

..... telefon

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności we Włocławku

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień.

Posiadam ważne orzeczenie o:*

1. zaliczeniu do jednej z grup inwalidzkich,
2. niezdolności do pracy wydane przez lekarza orzecznika ZUS,
3. niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym.

wydane w dniu przez

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

Uzyskanie orzeczenia niezbędne jest w celu

- szkolenia,
- odpowiedniego zatrudnienia,
- korzystania z rehabilitacji,
- korzystania z systemu pomocy społecznej,
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji.
- korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie art. 8 - Prawa o ruchu drogowym ze względu na ograniczenia sprawności ruchowej
- korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów (jakich?)
- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego.

Dane dotyczące sytuacji społecznej i zawodowej osoby zainteresowanej

- a) stan cywilny
- b) stan rodzinny

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania (właściwie zaznaczyć):

- | | | | |
|--|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| wykonywanie czynności samoobsługowych: | <input type="checkbox"/> samodzielnie | <input type="checkbox"/> z pomocą | <input type="checkbox"/> opieka |
| prowadzenie gospodarstwa domowego: | <input type="checkbox"/> samodzielnie | <input type="checkbox"/> z pomocą | <input type="checkbox"/> opieka |
| poruszanie się w środowisku: | <input type="checkbox"/> samodzielnie | <input type="checkbox"/> z pomocą | <input type="checkbox"/> opieka |

c) korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego: niezbędne/wskazane/zbędne* (właściwie zakreślić) jakiego.....

d) sytuacja zawodowa wykształcenie.....

e) zawód obecne zatrudnienie

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

Do wniosku załączam:

1. Orzeczenie o inwalidztwie lub niezdolności do pracy wydane przez organ rentowy,
2. Posiadaną dokumentację medyczną (przyjmujemy wyłącznie kserokopie tych dokumentów potwierdzone za zgodność przez placówkę służby zdrowia lub należy okazać oryginały przy składaniu wniosku),
3. Inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie wskazań do ulg i uprawnień /podać jakie/
 - a).....
 - b).....
 - c).....
 - d).....