###### Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla osoby powyżej 16-go roku życia

(Заява про винесення судового рішення про ступінь інвалідності для особи старше 16 років)

|  |
| --- |
| (ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ ОСОБИ, ЩО ЗВЕРТАЄТЬСЯ ЗА ВИНЕСЕННЯМ СУДОВОГО РІШЕННЯ)  **До заяви повинні бути додані:**  1. Довідка про стан здоров'я, видана з метою судового розгляду (оригінал).  2. Медична документація, перекладена польською мовою, яка підтверджує діагноз захворювань, описаних у довідці про стан здоров’я (оригінали або фотокопії, завірені медичною установою на відповідність оригіналу).  3. Ксерокопія документа, що посвідчує особу (паспорт або ID-картка). |

**Nr sprawy ZO.400**......................**.2022**

(Ознака справи - заповнює офіс)

..............................................................................

**Data wpływu wniosku**(Дата надходження заяви - заповнює офіс)

Wniosek składam - należy zaznaczyć znakiem „X” wyłącznie jeden tryb wszczęcia sprawy:

(Подаю заяву - позначити «Х» лише один спосіб порушення справи:)

□ po raz pierwszy;

(вперше)

□ po raz kolejny - UWAGA! Jeśli wniosek składany jest w celu kontynuacji orzeczenia, to należy go złożyć   
 **nie wcześniej niż 30 dni** przed utratą ważności aktualnej decyzji;

(ще раз - ПРИМІТКА! Якщо заява подається на продовження судового рішення, її необхідно подати не раніше ніж за 30 днів до закінчення строку дії чинного рішення)

□ po raz kolejny i w związku ze zmianą stanu zdrowia - osoba zainteresowana posiada ważne orzeczenie   
o niepełnosprawności, ale chce uzyskać np. wyższy stopień lub kolejną przyczynę niepełnosprawności;

(ще раз і у зв’язку зі зміною стану здоров’я (заінтересована особа має законне рішення про інвалідність, але хоче отримати, наприклад, вищий ступінь або іншу причину інвалідності)

**Dane osoby orzekanej:** imię i nazwisko ...............................................................................................................

(Дані особи, що звертається : ім'я та прізвище)

Data urodzenia …....................................................... Miejsce urodzenia …………………………………………

(дата народження) (Місце народження)

Obywatelstwo …………………………………………. Nr PESEL \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ /

(Громадянство) (PESEL №)

Adres zamieszkania ………….....................................................................................................................................

(Адреса)

Adres do korespondencji …………………………………........................................................................................

(Адреса для кореспонденції - заповніть, якщо вона відрізняється від домашньої адреси)

Nr i seria dokumentu tożsamości ................................................................................................................................

(Ідентифікаційний номер та серія - паспорт або ідентифікаційна картка)

Nr telefonu…………………………………………. E-mail……………………………………………………..

**Dane przedstawiciela ustawowego** - wypełnić tylko w przypadku składania wniosku dla dziecka, które nie osiągnęło pełnoletniości lub osoby częściowo / całkowicie ubezwłasnowolnionej.

(Реквізити законного представника – заповнювати лише у випадку, якщо заява подається на дитину, яка не досягла повноліття, або на частково/повністю недієздатну особу.)

Imię i nazwisko ................................................................. Nr PESEL \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ /

(ім'я та прізвище) (PESEL №)

Adres do korespondencji .............................................................................................................................................

(Адреса для кореспонденції)

Nr i seria dokumentu tożsamości ................................................................................................................................

(Ідентифікаційний номер та серія - паспорт або ідентифікаційна картка)

Nr telefonu…………………………………………. E-mail……………………………………………………..

**Zwracam się do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Świebodzinie**

o wydanie orzeczenia dla celów - należy zaznaczyć znakiem „X” najważniejszy punkt lub punkty:

(Звертаюся до Повітової групи з розгляду інвалідів у Новому Солі для винесення рішення для цілей - позначте найбільш важливий пункт або пункти «Х»)

**** odpowiedniego zatrudnienia;

(відповідне працевлаштування)

**** uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej;

(участь у трудових семінарах)

**** konieczności zaopatrzenia w przedmioty

ortopedyczne i środki pomocnicze;

(необхідність постачання предметів ортопедичні та допоміжні)

**** ubiegania się o zasiłek pielęgnacyjny;

(подання заявки на отримання допомоги по доглядy)

**** uzyskania przez opiekuna świadczenia

pielęgnacyjnego;

(oсоба, яка здійснює догляд, отримує допомогу по догляду)

**** wydania karty parkingowej;

(видача паркувальних карток)

**** korzystania z innych ulg i uprawnień

(використання інших знижок і прав)

**** inne……………………………………………………………………….

**Dane z obszaru społeczno-zawodowego dotyczące osoby orzekanej**:

(Дані з соціально-професійної сфери - щодо особи що звертається. необхідно заповнити польською мовою)

1. Stan cywilny ......................................................... 2. Wykształcenie ...................................................................

(Сімейний стан) (Освіта)

3. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania - właściwe zaznaczyć znakiem „X”:

(Здатність функціонувати незалежно - позначте відповідним знаком «X»)

- wykonywanie czynności samoobsługowych: samodzielnie /  z pomocą /  pod opieką

(діяльність з самообслуговування) (самостійно) (за допомогою) (піклуються)

- prowadzenie gospodarstwa domowego samodzielnie /  z pomocą /  pod opieką

(ведення домашнього господарства) (самостійно) (за допомогою) (піклуються)

- poruszanie się samodzielnie /  z pomocą /  pod opieką

(рухатися) (самостійно) (за допомогою) (піклуються)

4. Aktualnie wykonuję pracę zarobkową: TAKNIE

(Зараз я виконую оплачувану роботу) (Так) (ні)

5. Zawód: wyuczony .........................................................., wykonywany………………………………………..

(Освіта) (теперішнє працевлаштування)

**Oświadczenia** (Заяви):

1. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym na dzień składania wniosku i jestem świadomy/a, że za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy grozi odpowiedzialność karna*.*

(Я заявляю, що дані, що містяться в заяві, відповідають фактам на дату подання заяви, і мені відомо, що існує кримінальна відповідальність за оголошення неправди або приховування правди.)

1. Ponadto oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych   
   i możliwości ich poprawiania.

(Крім того, я заявляю, що мені повідомлено про право доступу до моїх персональних даних і можливість їх виправлення)

1. Oświadczam, że miejscem mojego pobytu stałego jest adres podany we wniosku, w rubryce: „Adres zamieszkania”.

(Заявляю, що місцем мого постійного проживання є адреса, зазначена в заяві, в полі: «Адреса проживання».)

.......................................................

**podpis wnioskodawcy** \* (підпис заявника)

\* - podpis osoby orzekanej lub, jeżeli nie posiada ona zdolności do czynności prawnych, jej przedstawiciela ustawowego.

(підпис особи що звертається або, якщо вона не дієздатна, її законного представника)

W przypadku osób częściowo lub całkowicie ubezwłasnowolnionych należy dołączyć oryginał lub uwierzytelnioną kopię decyzji sądowej w tej sprawie.

(У разі обмежено або повністю недієздатних осіб долучається оригінал або засвідчена копія рішення суду у цій справі.)

Uwaga!Wniosek osoby częściowo ubezwłasnowolnionej podpisują wspólnie: osoba zainteresowana oraz jej opiekun prawny.

(Увага! Заява недієздатної особи підписується спільно: заінтересованою особою та її законним опікуном.)

**У випадку людей, які мають проблеми зі зв’язком з офісом, можна призначити представника, якому команда спрямовуватиме всю кореспонденцію щодо заявки. З цією метою особа, яка засуджена, повинна заповнити та підписати цей дозвіл.**

Ja, niżej podpisany/a, upoważniam Pana/ią *........................................................................................................*

*(Я, нижчепідписаний, уповноважую вас)*

Nr PESEL ..................................................................... do odbierania od powiatowego zespołu wszelkiej korespondencji w mojej sprawie i proszę o kierowanie jej na niżej wymieniony adres:

*(забрати з повітової групи всієї кореспонденції щодо моєї справи та надішліть її за адресою, вказаною нижче)*

*..............................................................................................................................................................................*

Nr telefonu kontaktowego ………………………………………………………

*(Контактний номер телефону)*

…….............................................

Podpis osoby udzielającej pełnomocnictwa *(Підпис особи, яка видає довіреність)*

РІШЕННЯ

**ІНФОРМАЦІЙНЕ ПОЛОЖЕННЯ**

|  |
| --- |
| Відповідно до ст. 13 Регламенту Європейського Парламенту та Ради (ЄС) 2016/679 від 27 квітня 2016 року про захист фізичних осіб щодо обробки персональних даних та про вільний рух таких даних, а також про скасування Директиви 95/46 / EC (Загальне положення про захист даних ) (Вісник законів UE. L. 119.1 від 05.04.2016) Інформую, що: |
| *Адміністратором персональних даних є Повітова група з розгляду інвалідності в м. Świebodzin (66-200) за адресою ul.Żaków, 3. Адміністратор призначив уповноваженого із захисту даних, з яким можна зв’язатися за електронною поштою:* [*iod@powiat.swiebodzin.pl*](mailto:iod@powiat.swiebodzin.pl)*.*  *Дані обробляються з метою видачі довідки про ступінь інвалідності/зазначення пільг та прав осіб, які мають такі довідки, відповідно до Закону від 27 серпня 1997 року про професійну та соціальну реабілітацію та працевлаштування інвалідів. Персональні дані можуть бути доступні іншим одержувачам або категоріям одержувачів даних на підставі законодавчих положень.*  *Детальна інформація щодо обробки персональних даних міститься в інформаційному пункті, розміщеному на дошці оголошень або на веб-сайті: www.bip.wrotalubuskie / pl / pzonswiebodzin у вкладці «Захист персональних даних».* |

.......................................................

**podpis wnioskodawcy** \* (підпис заявника)

###### Zaświadczenie o stanie zdrowia

**wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

**(Сертифікат здоров'я видана на потреби повітової групи з розгляду інвалідності)**

ЗАПОВНЮЄ ОДИН ОБРАНИЙ ЛІКАР (з описом стану здоров’я). СЕРТИФІКАТ ПОВИНЕН НАДАТИ ПРОТЯГОМ 30 ДНІВ З ВИДАЧИ.

...........................................................

Stempel zakładu opieki zdrowotnej ..............................................................

lub praktyki lekarskiej miejscowość i data (wypełnia lekarz)

Imię i nazwisko.........................................................................................................................................

Data i miejsce urodzenia...........................................................................................................................

Adres zamieszkania...................................................................................................................................

PESEL………………………………………………………………………………………………………..

Wzrost........................Waga...................... RR....................../.......................mmHg, R.............................

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (zaświadczenie należy wypełnić w języku polskim):

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby:

3. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

**verte →**

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu:

5. Ocena wyników leczenia, rokowanie (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy) dalsze leczenie   
i rehabilitacja:

6. Używany sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby   
w tym zakresie:

7. Wykaz wykonanych badań, konsultacji specjalistycznych oraz innej dokumentacji medycznej potwierdzającej rozpoznanie choroby zasadniczej:

8. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data)............................................................

9. Czy nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia? \* TAK / NIE

10. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej \* TAK / NIE

11. Czy osoba wymaga opieki ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji \* TAK / NIE

1. Czy osoba jest trwale niezdolna do udziału w posiedzeniu zespołu ds. orzekania \* TAK / NIE

\* - właściwe zakreślić

**Uwaga – jeśli osoba jest trwale niezdolna do udziału w posiedzeniu składu orzekającego (pkt. 12),** to,w myśl § 8, art. 4 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (j.t. Dz.U. z 2021 r., poz. 857) **należy ten fakt potwierdzić osobnym zaświadczeniem lekarskim, wyjaśniając przyczyny uniemożliwiające osobiste przybycie i uczestnictwo pacjenta w posiedzeniu składu orzekającego.**

..............................................................

pieczątka i podpis lekarza