

Rada Miejska w Chęcinach

Rada Miejska w Chęcinach
Plac 2 Czerwca 4, 26-060 Chęciny
Tel. +48 41 31 53 114, fax +48 315 10 85
biurorady@checiny.pl

Chęciny 30.08.2024 r.

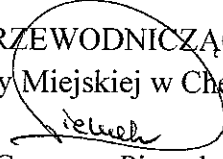
BRM.VII.1510.1a.2024

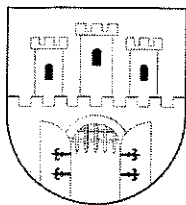
**Pani Krystyna Pobocha
zam. Chęciny**

Uprzejmie informuję, że złożona przez Panią skarga przekazana przez Wojewodę Świętokrzyskiego pismem z dnia 26.07.2024 r. (wpłynęła w dniu 01.08.2024r.) na działalność Burmistrza Gminy i Miasta Chęciny, jest przedmiotem analizy Komisji Skarg Wniosków i Petycji Rady Miejskiej. Wypracowane stanowisko będzie przedłożone na najbliższe posiedzenie Rady Miejskiej w Chęcinach, którego termin planowany jest na III dekadę m-ca września 2024r.

W związku z powyższym działając na podstawie art. 36 § 1 i § 2 w związku z art. 237 § 4 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (tj. Dz. U. z 2024r. poz. 572) informuję, że przedłużony zostaje termin załatwienia Pani skargi do 25 września 2024 r.

PRZEWODNICZĄCY
Rady Miejskiej w Chęcinach


Grzegorz Pierzak



Rada Miejska w Chęcinach

Rada Miejska w Chęcinach
Plac 2 Czerwca 4, 26-060 Chęciny
Tel. +48 41 31 53 114, fax +48 315 10 85
biurorady@checiny.pl

URZĄD GMINY I MIASTA w Chęcinach	
Wpł. dnia	07. 08. 2024
L.dz.	1146/2024
Podpis	

Chęciny 07.08.2024r

BRM-VII.1510.1.2024

Pan Robert Jaworski
Burmistrz Gminy i Miasta Chęciny

Przekazuję w załączeniu przekazaną za pośrednictwem Wojewody Świętokrzyskiego skargę Pani Krystyny Pobocha z dnia 25.07.2024r (wpływ do Urzędu 01.08.2024r) z prośbą o zajęcie stanowiska w przedmiotowej sprawie.

Wiceprzewodniczący
Rady Miejskiej w Chęcinach

Artur Sinkiewicz

Do wiadomości:

1. Przewodniczący
Komisji Skarg, Wniosków i Petycji
Pan Jacek Suder
2. Pani Krystyna Pobocha



**ŚWIĘTOKRZYSKI
URZĄD WOJEWÓDZKI
W KIELCACH**

P. Słoboda

Kielce, dnia 26-07-2024

Znak: PNK-III-1411-23.2024

URZĄD GMINY I MIASTA w Chęcinach	
Wpł. dnia	01. 08. 2024
L.dz.	0254
Podpis	<i>[Signature]</i>

BRM
[Signature]

Rada Miejska w Chęcinach

Na podstawie art. 231 § 1 w związku z art. 229 pkt 3 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku - Kodeks postępowania administracyjnego¹ w załączeniu przekazuję - według właściwości - skargę Pani Krystyny Pobochoy z dnia 25 lipca 2024 r. dotyczącą działań Burmistrza Miasta i Gminy Chęciny - z prośbą o zapoznanie się z argumentami przedstawionymi w piśmie oraz udzielenie odpowiedzi bezpośrednio skarżącej.

Zał. skarga

Z up. WOJEWODY ŚWIĘTOKRZYSKIEGO

[Signature]
Łukasz Wilkiewicz
ZASTĘPCA DYREKTORA
Wydziału Prawnego, Nadzoru i Kontroli

Do wiadomości

Pani Krystyna Pobochoa
Panek 10
26-060 Chęciny

¹Dz. U. z 2024 r. poz. 572

Krystyna Pobocho
Chęcin 26-060
ul. Panek 10



ds. Rabajcy
2024.07.2024

ŚWIĘTOKRZYSKI URZĄD WOJEWÓDZKI w Kielcach	
Doręczono osobiście	
Wpł. dnia	25. 07. 2024
Oddział Obsługi Klienta	

Do
Wojewody Świętokrzyskiego.
Kieleckiego.

Skażga.

Wnoszę skargę na P. Burmistrza Jawowskiego i na to, P. z Komisji nazwisko nieznane, że wszyscy mnie tak zwanili i nadal ranią a pomocy nie udzielają tylko utrudniają nadal.

Nie jeden raz wносиłam skargi na P. Burmistrza bez skutku, że olstwo może grube spać na mój dom co mi zagraża niebezpieczeństwo i stermit mi potłukły gąszie ale jeszcze może mój rozwalić też sąsiadowi. Ale P. z Komisji kierownik wszyscy okradają razem z P. Burmistrem na czele i mój znojemści w Kolegium co mi przyznało rację. Ale P. Burmistrz jak byłam u niego powiedział że niewiedział tak pomaga seniorom chorym niepełnosprawnym nam stopień niepełnosprawności na stałe.

Je zgodam aby mi naprawili dach bo mi zalewa mieszkanie bo jestem w podeszłym wieku i mi naprawi szkody zostało malucha aby mi szkody naprawić.

Po drugiej płacę za nieruchomości 203 zł na karkotat a powinnam płacić mniej czy mnie okradają a P. Burmistrz nic nie wie. P. Wojewodo z dobrego serca pomóż mi i tych oszustów i złodziei usunąć z urzędu. Bardzo proszę. Chodzi też o niepełnosprawność dwa razy jedno i te same dostałam tak wszyscy oszuści chorych seniorów. Proszę o jak najszybszą pomoc bo leże mi się do domu i cała siana zolano jak była burza. Krystyna Pobocho proszę o jak najszybszą pomoc.

Wnoszę ksero kopię z Dolpis niepełnosprawności od lekarza

Jeszcze trzeba zniszczyć mi ogrodzenie
mur ogrodzeniowy.

Proszę o jak najszybszą naprawę bo mam
otwór w siatce i w murze.

Proszę aby P. Wojewoda pomógł mi bo mnie
oszości oszukają, mecha mi porwie jestem
złamana czekam na P. Wojewodę aby mi
pomógł. Krystyna Pobocho.



MEDIC-KOLOR Sp. z o.o.

31-941 Kraków, os. Kolorowe 21

tel. 459 596 155

Regon 357033431-00023

NIP 678-27-32-541, 061/200008

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Kraków 03.04.2024
miejscowość i data

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

1. Imię i nazwisko Krzysztof Pobocho
2. Data i miejsce urodzenia 09.01.1949 r.
3. Adres zamieszkania 31-940 Kraków, os. Kolorowe 16/75A
4. PESEL 47010705505
5. Seria i nr dokumentu tożsamości _____

I. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

Choroba dwustronna, przewlekła, nieuleczalna, nieprzerwanie trwająca od 15 lat. Wzrost nie ulegał zmianom, ciężar ciała nie zmienił się. Wzrost nie ulegał zmianom, ciężar ciała nie zmienił się. Wzrost nie ulegał zmianom, ciężar ciała nie zmienił się.

II. Rozpoznanie chorób współistniejących, uszkodzeń innych narządów i układów:

Wzrost nie ulegał zmianom, ciężar ciała nie zmienił się. Wzrost nie ulegał zmianom, ciężar ciała nie zmienił się. Wzrost nie ulegał zmianom, ciężar ciała nie zmienił się.

III. Przebieg schorzenia podstawowego i chorób współistniejących: początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji) - stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby:

Choroba dwustronna, przewlekła, nieuleczalna, nieprzerwanie trwająca od 15 lat. Wzrost nie ulegał zmianom, ciężar ciała nie zmienił się. Wzrost nie ulegał zmianom, ciężar ciała nie zmienił się.

IV. Zastosowane leczenie i rehabilitacja - rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:

Choroba dwustronna, przewlekła, nieuleczalna, nieprzerwanie trwająca od 15 lat. Wzrost nie ulegał zmianom, ciężar ciała nie zmienił się. Wzrost nie ulegał zmianom, ciężar ciała nie zmienił się.

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

Choroba dwustronna, przewlekła, nieuleczalna, nieprzerwanie trwająca od 15 lat. Wzrost nie ulegał zmianom, ciężar ciała nie zmienił się. Wzrost nie ulegał zmianom, ciężar ciała nie zmienił się.

Nie dotyczy cudzoziemców, którym numeru PESEL nie nadano.

VI. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie:

Wymień pewne właściwości, które 179 roku Kolowrat
opisał. Węzły, 1/1, 1/2, 1/3, 1/4, 1/5, 1/6, 1/7, 1/8, 1/9, 1/10, 1/11, 1/12, 1/13, 1/14, 1/15, 1/16, 1/17, 1/18, 1/19, 1/20, 1/21, 1/22, 1/23, 1/24, 1/25, 1/26, 1/27, 1/28, 1/29, 1/30, 1/31, 1/32, 1/33, 1/34, 1/35, 1/36, 1/37, 1/38, 1/39, 1/40, 1/41, 1/42, 1/43, 1/44, 1/45, 1/46, 1/47, 1/48, 1/49, 1/50, 1/51, 1/52, 1/53, 1/54, 1/55, 1/56, 1/57, 1/58, 1/59, 1/60, 1/61, 1/62, 1/63, 1/64, 1/65, 1/66, 1/67, 1/68, 1/69, 1/70, 1/71, 1/72, 1/73, 1/74, 1/75, 1/76, 1/77, 1/78, 1/79, 1/80, 1/81, 1/82, 1/83, 1/84, 1/85, 1/86, 1/87, 1/88, 1/89, 1/90, 1/91, 1/92, 1/93, 1/94, 1/95, 1/96, 1/97, 1/98, 1/99, 1/100, 1/101, 1/102, 1/103, 1/104, 1/105, 1/106, 1/107, 1/108, 1/109, 1/110, 1/111, 1/112, 1/113, 1/114, 1/115, 1/116, 1/117, 1/118, 1/119, 1/120, 1/121, 1/122, 1/123, 1/124, 1/125, 1/126, 1/127, 1/128, 1/129, 1/130, 1/131, 1/132, 1/133, 1/134, 1/135, 1/136, 1/137, 1/138, 1/139, 1/140, 1/141, 1/142, 1/143, 1/144, 1/145, 1/146, 1/147, 1/148, 1/149, 1/150, 1/151, 1/152, 1/153, 1/154, 1/155, 1/156, 1/157, 1/158, 1/159, 1/160, 1/161, 1/162, 1/163, 1/164, 1/165, 1/166, 1/167, 1/168, 1/169, 1/170, 1/171, 1/172, 1/173, 1/174, 1/175, 1/176, 1/177, 1/178, 1/179, 1/180, 1/181, 1/182, 1/183, 1/184, 1/185, 1/186, 1/187, 1/188, 1/189, 1/190, 1/191, 1/192, 1/193, 1/194, 1/195, 1/196, 1/197, 1/198, 1/199, 1/200, 1/201, 1/202, 1/203, 1/204, 1/205, 1/206, 1/207, 1/208, 1/209, 1/210, 1/211, 1/212, 1/213, 1/214, 1/215, 1/216, 1/217, 1/218, 1/219, 1/220, 1/221, 1/222, 1/223, 1/224, 1/225, 1/226, 1/227, 1/228, 1/229, 1/230, 1/231, 1/232, 1/233, 1/234, 1/235, 1/236, 1/237, 1/238, 1/239, 1/240, 1/241, 1/242, 1/243, 1/244, 1/245, 1/246, 1/247, 1/248, 1/249, 1/250, 1/251, 1/252, 1/253, 1/254, 1/255, 1/256, 1/257, 1/258, 1/259, 1/260, 1/261, 1/262, 1/263, 1/264, 1/265, 1/266, 1/267, 1/268, 1/269, 1/270, 1/271, 1/272, 1/273, 1/274, 1/275, 1/276, 1/277, 1/278, 1/279, 1/280, 1/281, 1/282, 1/283, 1/284, 1/285, 1/286, 1/287, 1/288, 1/289, 1/290, 1/291, 1/292, 1/293, 1/294, 1/295, 1/296, 1/297, 1/298, 1/299, 1/300, 1/301, 1/302, 1/303, 1/304, 1/305, 1/306, 1/307, 1/308, 1/309, 1/310, 1/311, 1/312, 1/313, 1/314, 1/315, 1/316, 1/317, 1/318, 1/319, 1/320, 1/321, 1/322, 1/323, 1/324, 1/325, 1/326, 1/327, 1/328, 1/329, 1/330, 1/331, 1/332, 1/333, 1/334, 1/335, 1/336, 1/337, 1/338, 1/339, 1/340, 1/341, 1/342, 1/343, 1/344, 1/345, 1/346, 1/347, 1/348, 1/349, 1/350, 1/351, 1/352, 1/353, 1/354, 1/355, 1/356, 1/357, 1/358, 1/359, 1/360, 1/361, 1/362, 1/363, 1/364, 1/365, 1/366, 1/367, 1/368, 1/369, 1/370, 1/371, 1/372, 1/373, 1/374, 1/375, 1/376, 1/377, 1/378, 1/379, 1/380, 1/381, 1/382, 1/383, 1/384, 1/385, 1/386, 1/387, 1/388, 1/389, 1/390, 1/391, 1/392, 1/393, 1/394, 1/395, 1/396, 1/397, 1/398, 1/399, 1/400, 1/401, 1/402, 1/403, 1/404, 1/405, 1/406, 1/407, 1/408, 1/409, 1/410, 1/411, 1/412, 1/413, 1/414, 1/415, 1/416, 1/417, 1/418, 1/419, 1/420, 1/421, 1/422, 1/423, 1/424, 1/425, 1/426, 1/427, 1/428, 1/429, 1/430, 1/431, 1/432, 1/433, 1/434, 1/435, 1/436, 1/437, 1/438, 1/439, 1/440, 1/441, 1/442, 1/443, 1/444, 1/445, 1/446, 1/447, 1/448, 1/449, 1/450, 1/451, 1/452, 1/453, 1/454, 1/455, 1/456, 1/457, 1/458, 1/459, 1/460, 1/461, 1/462, 1/463, 1/464, 1/465, 1/466, 1/467, 1/468, 1/469, 1/470, 1/471, 1/472, 1/473, 1/474, 1/475, 1/476, 1/477, 1/478, 1/479, 1/480, 1/481, 1/482, 1/483, 1/484, 1/485, 1/486, 1/487, 1/488, 1/489, 1/490, 1/491, 1/492, 1/493, 1/494, 1/495, 1/496, 1/497, 1/498, 1/499, 1/500, 1/501, 1/502, 1/503, 1/504, 1/505, 1/506, 1/507, 1/508, 1/509, 1/510, 1/511, 1/512, 1/513, 1/514, 1/515, 1/516, 1/517, 1/518, 1/519, 1/520, 1/521, 1/522, 1/523, 1/524, 1/525, 1/526, 1/527, 1/528, 1/529, 1/530, 1/531, 1/532, 1/533, 1/534, 1/535, 1/536, 1/537, 1/538, 1/539, 1/540, 1/541, 1/542, 1/543, 1/544, 1/545, 1/546, 1/547, 1/548, 1/549, 1/550, 1/551, 1/552, 1/553, 1/554, 1/555, 1/556, 1/557, 1/558, 1/559, 1/560, 1/561, 1/562, 1/563, 1/564, 1/565, 1/566, 1/567, 1/568, 1/569, 1/570, 1/571, 1/572, 1/573, 1/574, 1/575, 1/576, 1/577, 1/578, 1/579, 1/580, 1/581, 1/582, 1/583, 1/584, 1/585, 1/586, 1/587, 1/588, 1/589, 1/590, 1/591, 1/592, 1/593, 1/594, 1/595, 1/596, 1/

VII. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

How on Earth, Newbury, 28 July, 1964.

VIII. Zakres i rodzaj ograniczeń spowodowany naruszoną sprawnością organizmu:

Perhatikan masalah & parameter di mana
misal: misal masalah akan jadi & banyak, misal
berapa kemungkinan, kemungkinan yang sedang terjadi

IX. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:

Wische ordentlich

X. Czy pacjent adekwatnie do wieku wymaga pomocy w zakresie samoobsługi, poruszaniu się i komunikowaniu się (jeżeli tak wskazać rodzaj i zakres):

XI. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie 29/11/99

XII. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną 07091997

XIV. Czy pacjent wymaga opieki osoby drugiej ze względu na stan zdrowia? TAK/NIE

XIV. Czy pacjent wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji: TAK/NIE

XV. Czy u pacjenta nastąpiło/nie nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia: TAK/NIE

XV. Czy u pacjenta nastąpiło/nie nastąpiło* pogorszenie/polepszenie* stanu zdrowia w okresie od wyda-
poprzedniego zaświadczenia lekarskiego: TAK/NIE/NIE DOTYCZY*

XVI. Pacjent jest niezdolny do osobistego stawianictwa na badanie lekarskie i posiedzenie skladu orzekajacego
TAK/NIE

z powodu

(jeśli TAK to wpisać uzasadnienie skrajnie krótko)

(jeśli TAK to wpisać uzasadnienie niemożności osobistego stawiennictwa na posiedzeniu sądu przekazującego)

Dorota Błaszczewicz
specjalista chorób wewnętrznych
specjalista reumatolog
4044799

Pieczętka imienna i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

* zakreślić właściwe

Uwaga:

1. Zaświadczenie jest ważne przez 30 dni od dnia jego wystawienia przez lekarza.
2. Zaświadczenie, wraz z danymi osobowymi winno być wypełnione w całości i czytelnie przez lekarza.

(pieczęć zespołu orzekającego)

ZP-II.8321.1.499.2021

ODPIS

ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Na podstawie art. 6b ust. 1 w zw. z art. 3 ust. 1 pkt 2, art. 4 ust. 2 i art. 6b ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426 z późn. zm.) Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Kielcach, po rozpatrzeniu na posiedzeniu w dniu 31.03.2021 r. wniosku z dnia 04.02.2021 r. Pani

Imię i nazwisko **KRYSTYNA POBOCHA**

Data i miejsce urodzenia **07.01.1947 Chęciny**

Numer PESEL **47010705505**

Rodzaj i numer dokumentu tożsamości **dowód osobisty nr AWH 752377**

Adres zamieszkania **31-940 Kraków, Osiedle Kolorowe 16m75A**

postanawia

I. ZALICZYĆ DO STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI - UMIARKOWANEGO

II. Symbol przyczyny niepełnosprawności - 07-S

III. Orzeczenie wydaje się na stałe

IV. Niepełnosprawność istnieje od - nie da się ustalić

V. Ustalony stopień niepełnosprawności datuje się od - 04.02.2021 r.

WSKAZANIA DOTYCZĄCE

- 1) odpowiedniego zatrudnienia - **niezdolna do pracy**
- 2) szkolenia, w tym specjalistycznego - **nie wymaga**
- 3) zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej - **nie dotyczy**
- 4) uczestnictwa w terapii zajęciowej - **nie dotyczy**
- 5) konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie danej osoby - **wymaga**
- 6) 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, organizacje pozarządowe oraz inne placówki - **wymaga**
- 7) konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji - **nie dotyczy**
- 8) konieczności stałego współdziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji - **nie dotyczy**
- 9) spełniania przez osobę niepełnosprawną przesłanek określonych w art. 8 ust. 3a pkt 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. - Prawo o ruchu drogowym (Dz.U. z 2020 r. poz. 110 tj.) - **nie spełnia**
- 10) prawa do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju - **nie wymaga**

Uzasadnienie

Zebrany w sprawie cały materiał dowodowy w szczególności dokumentacja medyczna, (zaświadczenie lekarskie, wynik badań, karty informacyjne) oraz ocena specjalisty uczestniczącego w składzie orzekającym wskazują, że stan zdrowia osoby orzekanej uzasadnia zaliczenie do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, w myśl powołanej na wstępie ustawy. Orzeczenie wydano bez badania osoby zainteresowanej.

Pouczenie

Od niniejszego orzeczenia przysługuje odwołanie do Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Kielcach za pośrednictwem Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Kielcach, który je wydał, w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia.

W trakcie biegu terminu do wniesienia odwołania stronie przysługuje prawo zrzeczenia się prawa do wniesienia odwołania. Z dniem doręczenia organowi administracji publicznej oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania, orzeczenie staje się ostateczne i prawomocne.

podpisy członków składu orzekającego

1. ~~.....~~ ~~członek składu orzekającego~~

2. ~~.....~~ ~~Pracownik społeczny~~
Anita Kłół

3.

PRZEWODNICZĄCY SKŁADU
Orzekającego o Niepełnosprawności

Lech med. Lech Giełlik

.....
pieczętka i podpis
przewodniczącego składu orzekającego

.....
(pieczęć zespołu orzekającego)

ZP-II.8321.1.1920.2024

ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Na podstawie art. 6b ust. 1 w zw. z art. 3 ust. 1 pkt 2, art. 4 ust. 2 i art. 6b ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44) Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Kielcach, po rozpatrzeniu na posiedzeniu w dniu 27.05.2024 r. wniosku z dnia 23.04.2024 r. Pani

Imię i nazwisko **KRYSTYNA POBOCHA**

Data i miejsce urodzenia **07.01.1947 Chęciny**

Numer PESEL **47010705505**

Rodzaj i numer dokumentu tożsamości **dowód osobisty nr AWH 752377**

Adres zamieszkania **26-060 CHĘCINY, UL.PANEK 10**

postanawia

I. ZALICZYĆ DO STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI - UMIARKOWANEGO

II. Symbol przyczyny niepełnosprawności - 05-R 07-S 10-N

III. Orzeczenie wydaje się na stałe

IV. Niepełnosprawność istnieje od - nie da się ustalić

V. Ustalony stopień niepełnosprawności datuje się od - 04.02.2021 r.

WSKAZANIA DOTYCZĄCE

- 1) odpowiedniego zatrudnienia - **niezdolna do pracy**
- 2) szkolenia, w tym specjalistycznego - **nie wymaga**
- 3) zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej - **nie dotyczy**
- 4) uczestnictwa w terapii zajęciowej - **nie dotyczy**
- 5) konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie danej osoby - **wymaga**
- 6) 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, organizacje pozarządowe oraz inne placówki - **wymaga**
- 7) konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji - **nie dotyczy**
- 8) konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji - **nie dotyczy**
- 9) spełniania przez osobę niepełnosprawną przesłanek określonych w art. 8 ust. 3a pkt 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2023 r. poz. 1047 z późn. zm.) - **spełnia**
- 10) prawa do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju - **nie wymaga**

Uzasadnienie

Zebrany w sprawie cały materiał dowodowy w szczególności dokumentacja medyczna (zaświadczenie lekarskie, dokumentacja medyczna załączona do akt sprawy) oraz ocena specjalisty uczestniczącego w składzie orzekającym wskazują, że stan zdrowia osoby orzekanej uzasadnia zaliczenie do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, w myśl powołanej na wstępie ustawy.

Pouczenie

Od niniejszego orzeczenia przysługuje odwołanie do Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Kielcach za pośrednictwem Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Kielcach, który je wydał, w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia.

W trakcie biegu terminu do wniesienia odwołania stronie przysługuje prawo zrzeczenia się prawa do wniesienia odwołania. Z dniem doręczenia organowi administracji publicznej oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania, orzeczenie staje się ostateczne i prawomocne.

podpisy członków składu orzekającego

1. Członek składu orzekającego

2. *Renata Adamiec*
Pracownik socjalny

3.

PRZEWODNICZĄCY
składu orzekającego o niepełnosprawności

lek. med. Marek Makowiecki

.....
pieczęć i podpis
przewodniczącego składu orzekającego