

Okręg **ŁÓDZKI**  
Koło \_\_\_\_\_  
Gmina \_\_\_\_\_



**Karta osobowa członka**  
 zwyczajnego     podopiecznego  
**Polskiego Związku Niewidomych**

1. Nazwisko i imiona \_\_\_\_\_

1.a (dot. podopiecznego) imiona rodziców lub nazwisko i imię opiekuna prawnego

\_\_\_\_\_

2. Data i miejsce urodzenia \_\_\_\_\_

3. PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Adres zamieszkania:  
\_\_\_\_\_

a. adres po zmianie \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Telefon: dom \_\_\_\_\_ praca \_\_\_\_\_

ew. tel. do pracy \_\_\_\_\_

email: \_\_\_\_\_

6. Nauka:

nie objęty(a) opieką przedszkolną lub nauką szkolną

uczęszcza do przedszkola (jakiego) \_\_\_\_\_

uczy się w szkole (jakiej) \_\_\_\_\_

klasa/rok/semestr \_\_\_\_\_

studiuje (uczelnia, wydział, kierunek, rok, semestr) \_\_\_\_\_

7. Wykształcenie:

niepełne podstawowe,

podstawowe,

gimnazjum,

zasadnicze zawodowe,

średnie ogólne,

średnie zawodowe,

policealne,

licencjat,

wyższe

8. Zawód wyuczony \_\_\_\_\_

Tytuł naukowy \_\_\_\_\_

9. Dane o niepełnosprawności:

a. ze względu na stan wzroku

01. stopień:  znaczny,  umiarkowany,

02. organ wydający orzeczenie: \_\_\_\_\_

03. data wydania orzeczenia: \_\_\_\_\_

04. orzeczenie  stałe  czasowe

05. data badania kontrolnego: \_\_\_\_\_

06. zmiana orzeczenia: \_\_\_\_\_

07. przyczyna utraty wzroku \_\_\_\_\_

08. osoba całkowicie niewidoma  TAK  NIE

b. ze względu na inne schorzenia

01. posiada dodatkową niepełnosprawność  TAK  NIE

02. stopień:  znaczny,  umiarkowany

03. orzeczenie:  stałe,  czasowe

04. przyczyna dodatkowej niepełnosprawności: \_\_\_\_\_

10. Sytuacja rodzinna

mieszka samotnie  TAK  NIE

w rodzinie wspólnie zamieszkującej są osoby niewidome:  TAK  NIE

jeśli TAK, są to:  współmałżonek,  dziecko/dzieci,  matka,

ojciec,  rodzeństwo,  inni

Przebywa w DPS  TAK  NIE

11. Źródła utrzymania

praca

miejsce pracy \_\_\_\_\_

zawód wykonywany \_\_\_\_\_

wymiar czasu pracy \_\_\_\_\_

emerytura,  renta,  renta socjalna,  zasiłek stały,  
 alimenty,  na wyłącznym utrzymaniu rodziny,  inne

12. Informacje o osobie zapewniającej opiekę - do kontaktu

---

imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, adres zamieszkania, nr telefonu

---

Stwierdzam prawdziwość danych zawartych w Karcie Osobowej, zobowiązuję się do stosowania przepisów statutu PZN oraz do opłacania składek członkowskich i wnoszę o przyjęcie mnie / mojego dziecka w poczet członków:

zwyczajnych  podopiecznych Polskiego Związku Niewidomych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych / dziecka danych osobowych do celów związanych z działalnością Polskiego Związku Niewidomych (np. wysyłanie informacji, udział w spotkaniach, szkoleniach itp.).

Wyrażam także zgodę na wykorzystywanie zdjęć z wizerunkiem moim / dziecka bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, rozpowszechnianie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć, nieograniczone w czasie korzystanie i rozporządzanie zdjęciami, a w szczególności: publiczne wykorzystanie zdjęć, utrwalenie i wielokrotny druk, wykorzystywanie w celach związanych z działalnością Polskiego Związku Niewidomych.

Oświadczam, że jestem pełnoletni / a i nieograniczony / a w zdolności do czynności prawnych, oraz że zapoznałem się z powyższą treścią i w pełni ją rozumiem.

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Podpis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ miejscowość i data

\_\_\_\_\_ miejscowość, data

\_\_\_\_\_ własnoręczny podpis kandydata / rodzica

\_\_\_\_\_  
pieczęć Koła

**Wniosek Zarządu Koła:**

Wnosi się o przyjęcie w poczet członków zwyczajnych ,  
podopiecznych   
PZN.

\_\_\_\_\_  
miejsowość, data

\_\_\_\_\_  
podpis prezesa zarządu koła

Decyzja w sprawie przyjęcia do PZN:

\_\_\_\_\_ uchwałą prezydium Zarządu Okręgu  
imię i nazwisko kandydata

\_\_\_\_\_ Polskiego Związku Niewidomych  
nazwa Okręgu

nr \_\_\_\_\_ z dnia \_\_\_\_\_ został (a) przyjęty (a)

w poczet członków  zwyczajnych   
podopiecznych PZN.

\_\_\_\_\_  
miejsowość, data

\_\_\_\_\_  
za zgodność

Nr wydanej  
legitymacji PZN

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

Data i przyczyna ustania przynależności do PZN

Składki członkowskie:

rok	I półrocze	II półrocze

rok	I półrocze	II półrocze

Uwagi: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Odznaka honorowa PZN**

rok przyznania	stopień

Udział w różnych formach rehabilitacji organizowanych przez PZN:

rok	szkolenia grupowe, turnusy rehabilitacyjne, szkolenia indywidualne, inne świadczenia

Adnotacje:

## **Słowniki**

### **ad 6. NAUKA**

- 01 przedszkole ogólnodostępne
- 02 przedszkole dla dzieci niewidomych i słabowidzących
- 03 przedszkole specjalne dla dzieci widzących
- 04 szkoła podstawowa ogólnodostępna
- 05 szkoła podstawowa dla dzieci niewidomych i słabowidzących
- 06 szkoła podstawowa specjalna dla widzących
- 07 gimnazjum ogólnodostępne
- 08 gimnazjum dla niewidomych i słabowidzących
- 09 gimnazjum specjalne dla widzących
- 10 nauczanie indywidualne (poziom szkoły podst.i gimnazjum)
- 11 zasadnicza szkoła zawodowa ogólnodostępna
- 12 zasadnicza szkoła zawodowa dla niewidomych i słabowidz.
- 13 zasadnicza szkoła zawodowa specjalna dla widzących
- 14 szkoła średnia ogólnodostępna
- 15 szkoła średnia dla niewidomych i słabowidzących
- 16 nauczanie indywidualne (poziom szkoły średniej)
- 17 szkoła pomaturalna / policealna
- 18 wyższa uczelnia
- 19 studia podyplomowe
- 20 studia doktoranckie

### **ad 9. DANE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:**

#### **a. 07 przyczyny utraty wzroku:**

- 071 nieustalona
- 072 uraz
- 073 choroby nerwu wzrokowego
- 074 retinopatia wcześniacza
- 075 zaćma
- 076 jaskra
- 077 choroby siatkówki
- 078 krótkowzroczność
- 079 nowotwory narządu wzroku
- 080 inne

#### **b. 04 przyczyny dodatkowej niepełnosprawności:**

- 041 głuchota
- 042 dysfunkcje narządu ruchu
- 043 amputacja kończyn
- 044 cukrzyca
- 045 stwardnienie rozsiane
- 046 dziecięce porażenie mózgu
- 047 upośledzenie umysłowe
- 048 inne