

....., - - - - -
(miejscowość)

..... r.
(data)

Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

*Osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane na czas określony może wystąpić do powiatowego zespołu z wnioskiem o wydanie kolejnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności **nie wcześniej niż 2 miesiące** przed upływem terminu ważności posiadanego orzeczenia.*

*Osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności może wystąpić do powiatowego zespołu z wnioskiem o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (po ukończeniu przez dziecko 16 r.ż.) **nie wcześniej niż 3 miesiące** przed upływem terminu ważności orzeczenia o niepełnosprawności.*

ADRES:

Powiatowy Zespół do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności
w Opatowie
ul. Henryka Sienkiewicza 17
27-500 Opatów
tel. 15 868-42-09, 15 868-47-27
e-mail: pzo@opatow.pl
Godziny pracy:
Poniedziałek-piątek 7:30-15:30

Nr. sprawy: PZO-I.8321.1.

Wniosek składam:

☐

Po raz pierwszy

☐

W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia

☐

W związku ze zmianą stanu zdrowia

Wniosek WYPEŁNIĆ CZYTELNIE

Dane osoby zainteresowanej: *(wszystkie pozycje powinny być wypełnione)*

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Numer PESEL obywatelstwo

Rodzaj dokumentu tożsamości seria i numer

Adres stałego zameldowania

Adres pobytu powyżej (2 miesięcy)

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zameldowania)

NUMER TELEFONU

Dane przedstawiciela ustawowego (dotyczy osób do 18-go roku życia lub ubezwłasnowolnionych wyrokiem sądu)

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Nr PESEL obywatelstwo

Rodzaj dokumentu tożsamości seria i numer

Adres zameldowania

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zameldowania)

NUMER TELEFONU

Wniosek składałam do celów:*

☐ odpowiedniego zatrudnienia	☐ uzyskanie zasiłku stałego
☐ szkolenia	☐ uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
☐ uczestnictwa w WTZ	☐ uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
☐ zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	☐ zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
☐ korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji	☐ uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
☐ korzystania z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych, rehabilitacyjnych	☐ korzystania z karty parkingowej
	☐ korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
	☐ inne (wymienić):

Sytuacja społeczna i zawodowa osoby zainteresowanej:*Stan cywilny: ☐ wolny/a; ☐ żonaty/ mężatka; ☐ wdowiec/wdowa; ☐ inneSytuacja rodzinna: ☐ samotny; ☐ posiada rodzinę/ osoby bliskie :
(jakie- podać stopień pokrewieństwa)

Warunki mieszkaniowe:

Liczba osób zamieszkujących razem:

Źródła dochodu: ☐ wynagrodzenie; ☐ emerytura/renta; ☐ zasiłek dla bezrobotnych;
☐ na utrzymaniu rodziny; ☐ pomoc społeczna; ☐ na utrzymaniu rodziny, ☐ brak, ☐ inne
.....**Zdolność do samodzielnego funkcjonowania: ***

	samodzielnie	z pomocą	pod opieką
WYKONYWANIE CZYNNOŚCI SAMOOBŚLUGOWYCH	☐	☐	☐
PORUSZANIE SIĘ	☐	☐	☐
PROWADZENIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO	☐	☐	☐

Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:* ☐ NIE; ☐ TAK;

(jeśli TAK, wymienić ilość oraz rodzaj sprzętu usprawniającego zaburzone funkcje organizmu lub wspomagającego proces rehabilitacji)

Sytuacja zawodowa:*

- **Wykształcenie:**..... (tytuł, zawód).....
- **Aktywność zawodowa:** ☐ aktywny zawodowo; ☐ bezrobotny; ☐ uczeń/student; ☐ emeryt/rencista.
- **Staż pracy (w latach)** **Zawód aktualnie wykonywany:**.....

Doświadczenie zawodowe: (nazwa zakładu pracy – stanowisko)

1. -
2. -

Oświadczenia:*

1. ☐ Nie pobieram/ ☐ Pobieram następujące świadczenia z ubezpieczenia społecznego:
☐ emerytura; ☐ renta; ☐ renta rodzinna; ☐ świadczenie rehabilitacyjne;
☐ renta z tytułu niezdolności do pracy; ☐ inne:
2. ☐ Nie składałem/am / ☐ Składałem/am uprzednio wniosek w sprawie wydania orzeczenia przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w dniu ____ - ____ - ____ r.
3. ☐ Nie posiadam / ☐ Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, wydane w dniu ____ - ____ - ____ r.; ważne do dnia ____ - ____ - ____ r.

Uwaga:

4. ☐ Mogę/ ☐ Nie mogę - przybyć na posiedzenia składu orzekającego.
(jeśli NIE) – należy załączyć odrębne zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby).
5. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, Przewodniczący Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności zawiadamia na piśmie osobę zainteresowaną o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania (§ 6 ust. 5 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności).
6. Zobowiązuje się powiadomić Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie (art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego).
7. Oświadczam, że dane zawarte w przedmiotowym wniosku są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym.
8. Podaję dane osobowe dobrowolnie oraz zostałem/am poinformowany/a, iż ich niepodanie uniemożliwi rozpatrzenie wniosku.
9. Zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej.

Załączniki:

1. Klauzula informacyjna.
2. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych.
3. **Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia** wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności wydane nie wcześniej niż na 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku.
4. **Dokumentacja medyczna: KARTY INFORMACYJNE LECZENIA SZPITALNEGO, LECZENIA REHABILITACYJNEGO, HISTORIE CHOROBY Z PORADNI SPECJALISTYCZNYCH I POZ, OPINIE SPECJALISTYCZNE, WYNIKI BADAŃ (RTG, TK, MR, PET i itp.) (Ważne dot. dokumentacji medycznej) Należy dołączyć tylko tę, która wystawiona została po dniu wydania ostatniego orzeczenia. (Dot. osób ubiegających się o wydanie kolejnego orzeczenia).**
5. **Dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności, lub na ustalenie wskazań do ulg i uprawnień.**
6. Kopie posiadanych orzeczeń: PZO, ZUS, KRUS, MON, MSW.

Podpis osoby składającej wniosek ¹

.....

¹ Podpis osoby zainteresowanej lub, jeżeli nie posiada ona zdolności do czynności prawnych, jej przedstawiciela ustawowego.

W przypadku składania wniosku przez OPS na podstawie art. 6b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych należy przedstawić pisemny dowód wyrażenia zgody przez osobę zainteresowaną lub jej przedstawiciela ustawowego.

Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Opatowie, ul. Henryka Sienkiewicza 17, 27-500 Opatów, NIP 863-145-65-93, REGON 830413930, w celu przyspieszenia kontaktu w przedmiocie poinformowania o prowadzonej w moim imieniu sprawie

☐ numer telefonu:

Zostałem poinformowany o możliwości cofnięcia dobrowolnie wyrażonej zgody na przetwarzanie moich danych osobowych oraz zapoznałem się z klauzulą informacyjną w zakresie przetwarzania moich danych osobowych.

.....

Data i podpis

KLAUZULA INFORMACYJNA

dotycząca przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Opatowie

Szanowni Państwo

Dane osobowe w Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Opatowie są przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa Unii Europejskiej, w szczególności 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanym dalej „RODO” i przepisami krajowymi z zakresu ochrony danych osobowych.

Zgodnie z art. 13 RODO informuję, że:

1. **Administratorem Państwa danych osobowych** jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Opatowie, z którym można się skontaktować korespondencyjnie na adres: ul. Henryka Sienkiewicza 17, 27-500 Opatów, email: pzo@opatow.pl lub **Skrytka ePUAP:** /itob629a04/SkrytkaESP lub telefonicznie tel. 797-994-727, 797-994-809
2. Administrator powołał IDO – Pana Roberta Bednarczyka – kontakt: rbednarczykrodo@interia.pl
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest orzekanie o stopniu niepełnosprawności lub niepełnosprawności, wydanie legitymacji osoby niepełnosprawnej i karty parkingowej.

Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych dotyczących Pani/Pana lub dziecka jest:

w przypadku ubiegania się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

w przypadku ubiegania się o wydania orzeczenia o wskazaniu do ulg i uprawnień ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

w przypadku ubiegania się o wydanie legitymacji osoby niepełnosprawnej Rozporządzenie Ministra Gospodarki Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności,

w przypadku ubiegania się o wydania karty parkingowej Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2014 r. w sprawie wzoru oraz trybu wydawania i zwrotu kart parkingowych,

4. Pani/Pana lub dziecka dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcom innym niż organy publiczne, które otrzymują te dane w ramach konkretnego postępowania, zgodnie z obowiązującym prawem.
5. Ma Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania.
6. Przysługuje Pani/Panu również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Urząd Ochrony Danych Osobowych (00-193 Warszawa, ul. Stawki 2, tel. 22 531 03 00, fax. 22 531 03 01, e-mail kancelaria@giodo.gov.pl) jeżeli uzna, że przetwarzanie narusza przepisy RODO.
7. Dane osobowe podlegają okresowemu przeglądowi i są przechowywane wyłącznie przez czas niezbędny do realizacji zadań wynikających z przepisów prawa. Okres przechowywania danych osobowych wynika z Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
8. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i ma Pani/Pan obowiązek podania ich w zakresie wynikającym z przepisów prawa. W przypadku wniesienia skargi na członków i/lub pracowników Powiatowego Zespołu podanie danych osobowych jest dobrowolne, a w przypadku odmowy podania tych danych nie będzie możliwe rozpatrzenie skargi. Podanie przez Ciebie danych osobowych jest wymogiem ustawowym.

W przypadku przetwarzania danych osobowych na podstawie wyrażania zgody, można w dowolnym momencie cofnąć zgodę na przetwarzanie danych, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody udzielonej przed jej cofnięciem, z tym że nie dotyczy to danych, które podlegają archiwizacji, zgodnie z obowiązującymi w Starostwie Powiatowym przepisami prawa.

9. Pani/Pana lub dziecka dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
10. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego (czyli poza Europejski Obszar Gospodarczy), ani do organizacji międzynarodowej.
11. Administrator dokłada wszelkich starań, aby zapewnić wszelkie środki fizycznej, technicznej i organizacyjnej ochrony danych osobowych przed ich przypadkowym czy umyślnym zniszczeniem, przypadkową utratą, zmianą, nieuprawnionym ujawnieniem, wykorzystaniem czy dostępem, zgodnie ze wszystkimi przepisami powszechnie obowiązującymi.