

..... (miejscowość)

..... r. (data)

Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

na podstawie §2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu 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

(na podstawie § 15 ust.1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności)

W związku ze zmianą stanu zdrowia

(na podstawie § 15 ust.2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności)

Dane osoby zainteresowanej:

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 PESELobywatelstwo.....

Rodzaj dokumentu tożsamości seria i numer

Adres zameldowania

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zameldowania)

NUMER TELEFONU

* Właściwie zaznaczyć

Wniosek składam do celów:*

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

Sytuacja społeczna i zawodowa osoby zainteresowanej:*

Stan cywilny: wolny/a; żonaty/ mężatka; wdowiec/wdowa; inne

Sytuacja rodzinna: samotny; posiada rodzinę/ osoby bliskie :
(jakiś- 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 SAMOOBSŁUGOWYCH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PORUSZANIE SIĘ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROWADZENIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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. -

* Właściwie zaznaczyć

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 samodzielnie 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. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny oświadczam, że dane zawarte w powyższym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.
8. Podaję dane osobowe dobrowolnie oraz zostałem/am poinformowany/a, iż ich niepodanie uniemożliwią rozpatrzenie wniosku.
9. Zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej .

Załączniki:

1. Klauzula informacyjna.
2. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych.
3. Dokumentacja medyczna.
4. Zaświadczenie lekarskie zawierające opis stanu zdrowia, rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących, potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych, wydane **nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku przez lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba zainteresowana.**
5. Kopie posiadanych orzeczeń: PZO, ZUS, KRUS, MON, MSW.
6. Inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności (wymienić):
.....
.....

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

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. 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,
3. 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.
 4. Ma Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania.
 5. 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.
 6. 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.
 7. 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.

8. Pani/Pana lub dziecka dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

9. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego (czyli poza Europejski Obszar Gospodarczy), ani do organizacji międzynarodowej.
10. 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.