**WNIOSEK**

**w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności we Włoszczowie** (dotyczy osób powyżej 16-go roku życia)

Nr sprawy **PZON 4011-B/......../………..** \*\*\*

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

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

**Numer i seria dowodu osobistego** ***(paszportu/ nr aktu urodzenia)*** ........................................ PESEL .......................................................

**Adres zamieszkania** (meldunek stały)...........................................................................................................................................................

**Adres do korespondencji** (pobyt czasowy)..................................................................................................... tel.: .......................................

**Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego\*\*** (*wypełnić gdy osobą orzekaną jest dziecko w wieku od 16 do 18 lat lub osoba ubezwłasnowolniona – należy potwierdzić ten fakt postanowieniem sądu*) ..................................................................................................

**Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego** ...................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................... tel.: ....................................................

**Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów:**

**Cel główny:** ……………………………………………………………………………………………………………………...

* odpowiedniego zatrudnienia,
* szkolenia,
* uczestnictwa w terapii zajęciowej (WTZ),
* konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
* korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,
* korzystania z karty parkingowej,
* korzystania ze świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (zasiłek stały),
* uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
* uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
* zamieszkania w oddzielnym pokoju,
* uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
* korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów (dot. osób ubiegających się o wydanie orzeczenia równoległego z posiadanym z ZUS, KRUS, KIZ).
* inne ...............................................................................................................................................................................................

**Uzasadnienie wniosku**

1. Sytuacja społeczna: **stan cywilny** ……….……..…………….….. **stan rodzinny** (*liczba osób*) .........................................

2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

Samodzielnie z pomocą opieka

* wykonywanie czynności samoobsługowych □ □ □
* poruszanie się w środowisku □ □ □
* prowadzenie gospodarstwa domowego □ □ □

3.korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego: niezbędne/wskazane/zbędne\* (jakiego?)

.………

4. Sytuacja zawodowa:

**wykształcenie:** .................................................................. **zawód**: ..............................................................................................

obecne zatrudnienie (*miejsce pracy lub w przypadku osób uczących się rodzaj szkoły*):

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

**zawód wykonywany** (*zajmowane stanowisko*) .............................................................................................................................

**Oświadczam, że :**

**1**. **Pobieram / nie pobieram\*** świadczenie z ubezpieczenia społecznego. Jakie (renta, emerytura) TAKNIE\*: jeżeli renta to z tytułu jakiego orzeczenia .............................................................................................................................................................

**2**. **Aktualnie toczy się / nie toczy się\*** w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym – podać jakim: .........................................................................................................................................................................................................

**3.** **Składałem/am /nie składałem/am\*** uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności w Powiatowym Zespole. Jeżeli tak to gdzie: ........................................................ z jakim skutkiem: *znaczny/umiarkowany/lekki/negatywne* Do kiedy wydane:………………………………...……………………………………………..…………………………..…………..

**4**. **Oświadczam**, że na posiedzenie składu orzekającego**\***: ***mogę przybyć samodzielnie/przybędę z opiekunem/ nie mogę przybyć*** (w tym przypadku należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność przybycia osoby zainteresowanej na posiedzenie składu orzekającego.

**5. Posiadam/nie posiadam***\* orzeczenie organu rentowego i zapoznałem się z możliwością skorzystania z uproszczonej* procedury wynikającej z art. 5a ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. 2018, poz. 511, ze zm.), zgodnie z którym osoby posiadające ważne orzeczenie wydane przez organ rentowy mogą złożyć do zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności wniosek o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień, od którego nie przysługuje odwołanie.

**6.** W razie stwierdzonej przez Zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez **lekarza, jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**

**7.** Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o niepełnosprawności, Przewodniczący Zespołu zawiadamia na piśmie o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że jej nieuzupełnienie w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.

**8**. Zobowiązuję się do informowania Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności (zgodnie z art. 41 k.p.a.) **o każdej zmianie adresu pobytu do momentu zakończenia postępowania w sprawie.**

**9**. Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy **(zgodnie z art. 233 kk).**

□**\*\*\*\*** Oświadczam, iż niniejszy wniosek składam w celu ustalenia wskazania do karty parkingowej stanowiącego podstawę do ubiegania się o wydanie karty parkingowej **na podstawie art. 8 ust. 3a pkt. 1ustawy z dnia 20 czerwca 1997r. - *Prawo o ruchu drogowym (tj. Dz. U. z 2019r. 1990 z późn. zm.).***

**Do wniosku należy dołączyć:**

1. Oryginał zaświadczenia o stanie zdrowia wydane przez lekarza prowadzącego ( ważne 30 dni od daty wystawienia).

2. **Posiadaną dokumentację medyczna** tj. karty wypisowe lub informacyjne ze szpitala, wyniki badań i konsultacji, historię choroby, opinie/oceny psychologiczne, posiadane orzeczenie z innego organu (ZUS, KRUS, KIZ ,MSWIA). **W przypadku kolejnego orzekania tylko nowe dokumenty od okresu od ostatniej komisji –** **wyłącznie potwierdzone za zgodność z oryginałem lub z oryginałami do wglądu.**

3.Osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności wydane na czas określony może wystąpić z kolejnym wnioskiem o wydanie orzeczenia o ponowne ustalenie stopnia niepełnosprawności, **nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia**.

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

data czytelny podpis osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela

\*niepotrzebne skreślić

\*\* wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca jest ubezwłasnowolniony lub niepełnoletni.

\*\*\* wypełnia Zespół

\*\*\*\*należy zaznaczyć jeżeli główny cel dotyczy weryfikacji wskazania w pkt. 9 aktualnego orzeczenia wydanego przed 01.07.2014r.

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz. U. UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

* 1. Administratorem Państwa danych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności we Włoszczowie, ul. Żeromskiego 28 (ZOZ), 29-100 Włoszczowa, tel. 41 39 44 979, 504-752-876
  2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie na adres Administratora.
  3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu **wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności** jak również w celu realizacji praw oraz obowiązków wynikających z przepisów prawa (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) oraz z Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997r. (tj. Dz. U. z 2018r., poz. 511 ze zm.),
  4. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych,   
     w tym przepisów archiwalnych.
  5. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegać profilowaniu.
  6. Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
  7. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:

1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
2. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
3. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
4. prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych   
   (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
   1. Podanie przez Państwa danych osobowych jest obowiązkowe. Nieprzekazanie danych skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3.
   2. Państwa dane będą przekazywane  na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych Ministerstwu Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.