

## WNIOSEK

### o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności we Włoszczowie

Nr sprawy: PZON 4011-B/...../.....

Imię i nazwisko .....  
Data i miejsce urodzenia .....  
Nr i seria dowodu osobistego ..... PESEL .....  
Adres zameldowania (meldunek stały) .....  
Adres pobytu (meldunek czasowy /korespondencyjny) .....  
..... telefon .....  
Imię i Nazwisko przedstawiciela ustawowego (w przypadku ubezwłasnowolnienia osoby orzekanej lub jej niepełnoletności).....  
Nr dowodu osobistego (nr paszportu/ inny) przedstawiciela ustawowego .....  
Adres zameldowania (meldunek stały) .....  
Adres pobytu (meldunek czasowy/ adres korespondencyjny\*) .....

#### Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień

Posiadam ważne orzeczenie o:\*

1. zaliczeniu do jednej z grup inwalidzkich (wydane przed 01.01.1998r.),
2. niezdolności do pracy wydane przez lekarza orzecznika ZUS,
3. niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym

wydane w dniu ..... przez .....  
na okres ....., które nie zawiera informacji będących podstawą do korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów.

#### Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień dla celów:

- 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 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 (jakich?) .....

#### Dane dotyczące sytuacji społecznej i zawodowej osoby zainteresowanej

- a) stan cywilny .....
- b) stan rodzinny .....

zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

	Samodzielnie	z pomocą	opieka
• wykonywanie czynności samoobsługowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• poruszanie się w środowisku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• prowadzenie gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

d) sytuacja zawodowa:

wykształcenie .....  
zawód ..... obecne zatrudnienie .....

## Oświadczam, że:

1. **Przyjmuję do wiadomości, iż od orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień nie przysługuje odwołanie.**
2. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, **jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**
3. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień, przewodniczący Zespołu zawiadamia na piśmie o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
4. Zobowiązuję się do informowania Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności (zgodnie z art. 41 k. p. a.) o każdej zmianie adresu pobytu do momentu zakończenia postępowania w sprawie
5. 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).

**\*właściwe zaznaczyć**

## **UWAGA!**

### **Do dokładnie wypełnionego wniosku o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień należy złożyć:**

1. Kserokopie, **poświadczone za zgodność z oryginałem lub z oryginałem do wglądu**, wszelkiej dokumentacji, potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć wpływ na ustalenie wskazań do ulgi i uprawnień, np.: karty informacyjne z leczenia szpitalnego, historia choroby, badania specjalistyczne, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie itp.,
2. kserokopia, **poświadczona za zgodność z oryginałem lub z oryginałem do wglądu**, orzeczenia o inwalidztwie lub niezdolności do pracy wydanego przez właściwy organ rentowy

.....  
data

.....  
czytelny podpis osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela

## **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 wskazaniach do ulg i uprawnień** 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 osobowe 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:
  - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
  - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
  - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
  - d) 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);
- 8) Podanie przez Państwa danych osobowych jest obowiązkowe. Nieprzekazanie danych skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3.
- 9) Państwa dane będą przekazywane na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych Ministerstwu Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

.....  
data

.....  
czytelny podpis osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela