

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)

Nr dowodu osobistego/ (nr paszportu / inny) przedstawiciela ustawowego

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	<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"/>

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 orzecznictwem – podać jakim:

3. **Skladałem/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*: **może 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 wnioski 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 składałam w celu ustalenia wskazania do karty parkingowej stanowiącego podstawę do ubiegania się o wydanie karty parkingowej **na podstawie art. 8 ust. 3a pkt. 1 ustawy 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 medyczną** 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

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:
 - 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

* *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.*