

WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

(dotyczy osób, które ukończyły 16 rok życia)

PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI

Znak sprawy: ON.71/...../.....
(wypełnia pracownik Zespołu)

WNIOSEK SKŁADAM: (właściwe zaznaczyć „x”)

☐ PO RAZ PIERWSZY

☐ W ZWIĄZKU Z UPŁYWEM TERMINU WAŻNOŚCI POPRZEDNIEGO ORZECZENIA

☐ W ZWIĄZKU ZE ZMIANĄ STANU ZDROWIA

DANE OSOBOWE OSOBY ZAINTERESOWANEJ

Imię (imiona) i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

PESEL									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Seria i numer dokumentu tożsamości: Obywatelstwo¹:

Adres zameldowania na pobyt stały:
(ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

Adres miejsca pobytu:

Adres do korespondencji:
(wypełnić jeżeli inny niż adres miejsca zamieszkania)

Telefon kontaktowy: | | Adres e-mail:

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO LUB OPIEKUNA PRAWNEGO

(wypełnić tylko w przypadku, gdy osobą zainteresowaną jest dziecko między 16 a 18 r.ż. lub osoba ubezwłasnowolniona)

Imię (imiona) i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

PESEL									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Seria i numer dokumentu tożsamości: Obywatelstwo¹:

Adres zameldowania na pobyt stały:
(ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

Adres miejsca pobytu:

Adres do korespondencji:
(wypełnić jeżeli inny niż adres miejsca zamieszkania)

Telefon kontaktowy: | | Adres e-mail:

¹ Dotyczy wyłącznie cudzoziemców nieposiadających numeru PESEL

DO POWIATOWEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W CHODZIEŻY

Zwracam się z wnioskiem o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów: *(właściwe zaznaczyć x)*

1.	Odpowiedniego zatrudnienia	
2.	Szkolenia, w tym specjalistycznego	
3.	Uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej (WTZ)	
4.	Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz techniczne	
5.	Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji <i>(usługi socjalne, opiekuńcze, terapeutyczne i rehabilitacyjne świadczone przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki)</i>	
6.	Korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym (KARTA PARKINGOWA)	
7.	Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej	
8.	Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego	
9.	Uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego	
10.	Uzyskania prawa do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju	
11.	Uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze	
12.	Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów	
13.	Innych (wymienić jakich?):.....	

CEL PODSTAWOWY ZŁOŻENIA WNIOSKU (proszę wskazać jeden z ww.):

DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ OSOBY ZAINTERESOWANEJ:

1. **Stan cywilny:** ☐kawaler/panna, ☐zamężna/zonaty, ☐wdowiec/wdowa, ☐rozwódziona/a, ☐separowana/a

2. **Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:** *(właściwe zaznaczyć x)*

CZYNNOŚCI	SAMODZIELNIE	Z POMOCĄ <i>(potrzebne wsparcie od innych osób)</i>	Z OPIEKĄ <i>(całkowita zależność od innych osób)</i>
WYKONYWANIE CZYNNOŚCI SAMOBSŁUGOWYCH			
PORUSZANIE SIĘ			
PROWADZENIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO			

3. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego (jakiego?):

DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI ZAWODOWEJ OSOBY ZAINTERESOWANEJ:

1. **Wykształcenie:** ☐ bez wykształcenia szkolnego, ☐ podstawowe, ☐ zasadnicze, ☐ średnie, ☐ wyższe

2. Zawód wyuczony: 3. Zawód obecnie wykonywany:

4. Aktualne zatrudnienie: 5. ☐ Brak zatrudnienia

Oświadczam, że:

(właściwe zaznaczyć x)

1. ☐ nie pobieram / ☐ pobieram ☐ świadczenie rentowe, ☐ emeryturę
2. ☐ aktualnie nie toczy się, ☐ toczy się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem lub sądem w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności. Proszę podać jakim:
Na jakim etapie jest postępowanie:

3. Zostałem/am poinformowany/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja okaże się niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, przewodniczący Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Chodzieży 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 powiadomić Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Chodzieży o każdej zmianie mojego adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie - zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego. **W razie zaniedbania ww. obowiązku jestem świadomy/a, iż doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.**

5. Dane zawarte w niniejszym wniosku o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności są zgodne z prawdą.

NA POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJĄCEGO:

(właściwe zaznaczyć x)

- ☐ mogę przybyć samodzielnie lub z osobą towarzyszącą,
- ☐ nie mogę przybyć (w tym przypadku należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo).

DO WNIOSKU OBOWIĄZKOWO NALEŻY DOŁĄCZYĆ NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY:

1. **ORYGINAŁ ZAŚWIADCZENIA LEKARSKIEGO** o stanie zdrowia.
2. **DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ** potwierdzającą aktualny stan zdrowia zgodny z opisem schorzenia zawartym w zaświadczeniu o stanie zdrowia wystawionym przez lekarza (**potwierdzoną za zgodność z oryginałem**).
3. Inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności (np.: kserokopie posiadanych orzeczeń: z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej, organów rentowych).

UWAGA! Wniosek o wydanie orzeczenia o ponowne ustalenie stopnia niepełnosprawności należy złożyć **nie wcześniej niż 2 miesiące przed upływem terminu ważności posiadanego orzeczenia**. W przypadku dzieci posiadających orzeczenie o niepełnosprawności i ubiegających się o wydanie po raz pierwszy orzeczenia o stopniu niepełnosprawności wniosek należy złożyć **nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu ważności posiadanego orzeczenia o niepełnosprawności**.

.....
(czytelny podpis osoby zainteresowanej
i/lub jej przedstawiciela ustawowego)

**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH
DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH
PETENTÓW POWIATOWEGO ZESPOŁU
DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W CHODZIEŻY**

Na podstawie art. 13 Rozporządzenia 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”, informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Chodzieży, ul. Wiosny Ludów 14 A, kod pocztowy 64-800 Chodzież, e-mail: pcprchodziej@idsl.pl, tel. 067 2811750.
2. Współadministratorami Pani/Pana danych osobowych są:
 - Pełnomocnik Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych ul. Żurawia 4 A, 00- 503 Warszawa,
 - minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego, tj. Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.
3. W trosce o ochronę Pani/Pana danych osobowych został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, którym jest Pani Anna Sobańska z którą można się skontaktować poprzez adres e-mail: iod@annasobanska.pl lub listownie pod adresem Administratora.
4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu w celu rozpatrzenia wniosku lub w celu prowadzenia innych postępowań administracyjnych związanych z Pani/Pana wnioskiem.
5. Pani/ Pana dane osobowe będą przetwarzane w związku z realizacją obowiązków wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz aktów wykonawczych do ustawy, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b, c i j RODO.
6. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres, niezbędny do realizacji celu przetwarzania i przechowywane zgodnie z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem ustawowym, a ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości wykonania zadań oraz obowiązków prawnych ciążyących na administratorze.
8. Odbiorcami Państwa danych osobowych będą podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa oraz podmioty świadczące usługi w ramach zawartej z Administratorem umowy.
9. Posiada Pani/Pan prawo:
 - żądania dostępu do treści danych osobowych, w tym uzyskania kopii danych;
 - żądania sprostowania lub uzupełnienia danych osobowych;
 - żądania usunięcia danych osobowych w przypadkach przewidzianych prawem,
 - żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych (w przypadkach określonych przepisami prawa);
 - żądania przenoszenia danych;
 - wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, w przypadku przetwarzania danych na podstawie prawnie uzasadnionego interesu.
10. Posiadają Państwo prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych przy ul. Stawki 2 00-193 Warszawa, jeżeli uznają Państwo, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa.
11. Państwa dane nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
12. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.