

....., dnia r.
(miejscowość) (data)

Wniosek składam (właściwe zaznaczyć krzyżykiem):

- ☐ Po raz pierwszy
- ☐ W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (**można złożyć nie wcześniej niż 2 miesiące przed upływem ważności posiadanego orzeczenia**)
- ☐ W związku ze zmianą stanu zdrowia
- ☐ Składałem wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – brak stopnia niepełnosprawności
- ☐ W celu ustalenia czy istnieją znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się

Imię i nazwisko

Data urodzenia Miejsce urodzenia.....

PESEL [[[[[[[[[[[[] Obywatelstwo

Nr i seria dowodu osobistego.....ważny do
(w przypadku osób do 18 roku życia należy podać nr aktu urodzenia, dowodu osobistego lub paszportu*)

Adres zameldowania (stały, czasowy)

Adres do korespondenciji

Telefon kontaktowy [] [] [] [] [] [] [] [] adres e-mail.....

Dane przedstawiciela ustawowego (wypełnić w przypadku, gdy osobą zainteresowaną jest: dziecko w wieku od 16 do 18 lat lub osoba ubezwłasnowolniona – należy potwierdzić ten fakt postanowieniem sądu):

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Nr i seria dowodu osobistego PESEL [[[[[[[[[]

Adres zameldowania

Adres do korespondencji

Telefon kontaktowy [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] adres e-mail.....

ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA CELÓW (WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ):

- ☐ szkolenia,
- ☐ odpowiedniego zatrudnienia,
- ☐ korzystania z rehabilitacji,
- ☐ korzystania z systemu pomocy społecznej,
- ☐ konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- ☐ uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
- ☐ korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji.
- ☐ korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 - Prawo o ruchu drogowym, ze względu na znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się,
- ☐ korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów (jakich?)
- ☐ uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- ☐ uzyskania prawa do zamieszkania w oddzielnym pokoju (dotyczy osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich oraz osób, których niepełnosprawność wymaga zamieszkiwania w oddzielnym pokoju)

Uzasadnienie wniosku:

1. sytuacja społeczna: stan cywilny....., stan rodzinny.....
zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

- | | |
|---|---|
| - wykonywanie czynności samoobsługowych | samodzielnie/z pomocą/opieka (właściwe zakreślić) |
| - poruszanie się w środowisku | samodzielnie/z pomocą/opieka (właściwe zakreślić) |
| - prowadzenie gospodarstwa domowego | samodzielnie/z pomocą/opieka (właściwe zakreślić) |

2. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego: niezbędne/wskazane/zbędne (właściwe zakreślić)
(jakiego?)

3. sytuacja zawodowa: wykształceniezawód.....
obecne zatrudnienie

Oświadczam że:

1. Pobieram/nie pobieram* świadczenie z ubezpieczenia społecznego: renta/emerytura,*
od kiedy?
2. Posiadam/nie posiadam* orzeczenie organu rentowego i zapoznałem się z możliwością skorzystania z uproszczonej procedury wynikającej z art. 5a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych 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.
3. Składałem(am)/nie składałem(am)* uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności, jeżeli tak, to kiedy z jakim skutkiem
4. Aktualnie toczy się/nie toczy się* w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem lub sądem powszechnym w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności (podać jakim):
5. **Mogę samodzielnie / mogę z pomocą / nie mogę*** przybyć na posiedzenie składu orzekającego.
5. 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.**
6. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, 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.
7. **Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu pobytu do momentu zakończenia postępowania w sprawie**
Art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego § 1. W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swego adresu.
§ 2. W razie zaniedbania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.
8. **Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy**
Art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny
§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.
§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.
9. **Wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności jest autentyczna i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów**
Art. 270 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny
§ 1. Kto, w celu użycia za autentyczny, podrabia lub przerabia dokument lub takiego dokumentu jako autentycznego używa, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.
§ 2. Tej samej karze podlega, kto wypełnia blankiet, zaopatrzony cudzym podpisem, niezgodnie z wolą podpisanego i na jego szkodę albo takiego dokumentu używa.

***właściwe zaznaczyć**

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

Dotyczy wniosków składanych za pośrednictwem Instytucji Pomocy Społecznej

Oświadczam, że wyrażam zgodę na złożenie wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności przez

.....
stwierdzenie własnoręcznego podpisu
przez pracownika socjalnego

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

WAŻNE: Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności należy złożyć:

- ✓ Czytelnie podpisany oryginał powyższego wniosku (**dokładnie wypełnić każdą rubrykę**),
- ✓ Oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wydanego dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności (**zaświadczenie ważne jest przez 3 miesiące od daty wystawienia przez lekarza**),
- ✓ Kserokopie, **poświadczone za zgodność z oryginałem**, wszelkiej dokumentacji, potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności, np.: karty informacyjne leczenia szpitalnego, historia choroby, badania specjalistyczne, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie **UWAGA!! Złożona dokumentacja nie podlega zwrotowi.**
- ✓ Kserokopie poprzednich orzeczeń (jeśli były).

KLAUZULA INFORMACYJNA
dla osób dorosłych oraz poniżej 16 roku życia ubiegających się o wydanie orzeczenia
o niepełnosprawności oraz jej stopniu lub orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień

W celu realizacji obowiązku wynikającego z art. 13 i 14 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 (zwane dalej RODO) prosimy o zapoznanie się z poniższymi informacjami.

1. Współadministrowanie danymi osobowymi

Informujemy, że w rozumieniu art. 26 ust. 1 rozporządzenia RODO, wspólnie z Pełnomocnikiem Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych oraz z Ministrem Rodziny i Polityki Społecznej, dokonujemy współadministrowania Pani/Pana oraz dziecka/podopiecznego* danymi osobowymi, w związku z przetwarzaniem tych danych zgromadzonych w Elektronicznym Krajowym Systemie Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności.

2. Współadministrator danych osobowych

Współadministratorem Pani/Pana oraz dziecka/podopiecznego* danych osobowych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności ul. Wileńska 29A, 05-200 Wołomin, reprezentowany przez Przewodniczącego.

3. Inspektor Ochrony Danych

Współadministrator Danych Osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych, należy skontaktować się poprzez adres email: iod@pcprwolomin.pl lub pisemnie na adres siedziby Współadministratora.

4. Cele i podstawa prawna przetwarzania danych

Przetwarzanie Pani/Pana oraz dziecka/podopiecznego* danych osobowych odbywa się w celu wydania orzeczenia o niepełnosprawności lub jej stopniu, lub orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e) ogólnego rozporządzenia RODO oraz § 2 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z 2021 poz. 857).

5. Odbiorcy danych osobowych

Pani/Pana oraz dziecka/podopiecznego* dane osobowe mogą być przekazywane właściwym organom, sądom oraz instytucjom państwowym i samorządowym lub innym instytucjom wykonującym powierzone zadania publiczne, jeżeli obowiązek ujawnienia/przekazania danych wynika z obowiązujących przepisów prawa lub jest to niezbędne celem dochodzenia praw lub roszczeń Współadministratora Danych Osobowych,

6. Przekazywanie danych poza Europejski Obszar Gospodarczy (EOG):

Współadministrator Danych Osobowych nie przekazuje Pana/Pani oraz dziecka/podopiecznego *danych do państw trzecich tj. poza terytorium EOG (obejmujący Unie Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).

7. Okres przechowywania danych

Pani/Pana oraz dziecka/podopiecznego* dane osobowe będą przechowywane przez okres 50 lat od końca roku, w którym zakończono postępowanie prowadzone przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności. Kserokopia złożonej dokumentacji, która nie jest poświadczona za zgodność z oryginałem nie podlega ww. okresowi przechowywania i może być w każdym czasie zniszczona.

8. Prawa osoby, której dane dotyczą

W związku z przetwarzaniem przez Powiatowy Zespół Orzekania o Niepełnosprawności, Pani/Pana lub dziecka/podopiecznego* danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do:

- dostępu do treści danych;
- sprostowania (poprawiania) danych, w przypadku gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne;
- ograniczenia przetwarzania danych;
- przenoszenia danych;
- sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
- usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym).

9. Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Może Pani/Pan również wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, w przypadku niezgodnego z przepisami prawa przetwarzania danych osobowych.

10. Czy podanie danych jest obowiązkowe?

Przetwarzanie pozyskanych od Pani/Pana lub dziecka/podopiecznego* danych osobowych opiera się na zasadzie dobrowolności, jednakże odmowa podania danych niemożliwi realizację celów wskazanych w punkcie 3.

11. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

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

* właściwe podkreślić

.....
(podpis osoby wnioskującej)