Nr sprawy PZO.71. Mielec, dnia ………………….. r.

 Podpis osoby przyjmującej wniosek…………………………

**WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

**DO POWIATOWEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
W MIELCU**

**Wniosek składam** (właściwe zaznaczyć krzyżykiem):

* Po raz pierwszy
* W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia **(nie wcześniej niż na 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia)**
* W związku ze zmianą stanu zdrowia

**DANE WNIOSKODAWCY:**

Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………….

Data i miejsce urodzenia …………………………………………………………………………………….

Nr i seria dowodu osobistego (paszportu, prawa jazdy, aktu urodzenia,) ……………………………

PESEL [\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_]

Adres zamieszkania lub pobytu …………………………………………………………………………….
Adres do korespondencji ………………………………………………………………………….…………

Telefon kontaktowy …………………………………………………………………………………………..

E-mail…………………………………………………………………………………………………………..

**Dane przedstawiciela ustawowego** (wypełnić w przypadku osób nieletnich lub osób ubezwłasnowolnionych - należy załączyć postanowienie sądu):

Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………….

Data i miejsce urodzenia ……………………………………………………………….……………………

Nr i seria dowodu osobistego (paszportu, prawa jazdy, aktu urodzenia) ………………………………

PESEL [\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_]

Adres zamieszkania lub pobytu …………………………………………………………………………….

Adres do korespondencji …………………………………………………………………………………….

Telefon kontaktowy…………………………………………………………………………………………...

E-mail…………………………………………………………………………………………………………..

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

1. odpowiedniego zatrudnienia,
2. szkolenia,
3. uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
4. zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej,
5. konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
6. korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,
7. korzystania z karty parkingowej,
8. korzystania ze świadczeń pomocy społecznej,
9. uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego,
10. uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
11. uzyskanie prawa do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
12. korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
13. innych (wymienić jakich) …………………………………………………………………………………

**CEL PODSTAWOWY** (proszę podać jeden z wyżej wymienionych): …………………………………

**Uzasadnienie wniosku:**

1. Sytuacja społeczna: stan cywilny………………………………………………………..……………..

stan rodziny (liczba osób zamieszkujących razem) .........................................................................

2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania (właściwe zakreślić):

-wykonywanie czynności samoobsługowych samodzielnie/z pomocą/opieka

-prowadzenie gospodarstwa domowego samodzielnie/z pomocą/opieka

-poruszanie się w środowisku samodzielnie/z pomocą/opieka

 3.Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego niezbędne/wskazane/ zbędne

 4.Sytuacja zawodowa:

 - wykształcenie (właściwe zakreślić):

podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego/podstawowe/zawodowe/średnie/wyższe

 - zawód wyuczony …………………………………………………………………………………………

 - kontynuacja nauki: NIE, TAK(\*właściwe zakreślić)

 - czy aktualnie wykonuję pracę zawodową: TAK, NIE

 - zawód wykonywany ……………………………………………………………………………………..

**Oświadczam że:**

1. Pobieram/nie pobieram\* świadczenie z ubezpieczenia społecznego: renta z tytułu niezdolności do pracy/renta rodzinna/ emerytura,\*od kiedy?(podać rok) ………………………………………………………………………………………………………….
2. Posiadam/nie posiadam\* orzeczenie organu rentowego –ZUS, KIZ, KRUIS, MSWiA/MON\*

1. Składałem(am) /nie składałem (am)\* uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności, jeżeli tak, to kiedy ……………………………………………………………,
z jakim skutkiem………………………………………………….. …………………………………..
2. Aktualnie toczy się/nie toczy się\* w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym lub sądem powszechnym w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności (podać jakim): …………………………………………………………………………………………….
3. Mogę samodzielnie / mogę z pomocą / nie mogę\* przybyć na posiedzenie składu orzekającego.
4. 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.**
5. 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.
6. **Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**
7. Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010r. o *ewidencji ludności*  zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam**, że moim** **miejscem pobytu stałego** / **miejscem pobytu stałego dziecka / miejscem pobytu stałego osoby w imieniu której składam wniosek\*** jest:………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks Karny* – *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 od 6 miesięcy do lat 8* potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

\*właściwe podkreślić

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych**

Zgodnie z [art. 13 ust. 1 i ust. 2](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtgm2tsnrrguytsltqmfyc4mzuhaztimztgq) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) [2016/679](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtgm2tsnrrguyts) 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](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrvgaytgnbsge4a) (RODO), informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, przy którym działa Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Mielcu ul. Żeromskiego 34, 39-300 Mielec, adres e-mail: pcpr@powiat-mielecki.pl, tel. 17 780 0470;
2. Inspektorem Ochrony Danych jest Pan Piotr Wieczerzak, z którym można skontaktować się
e-mail: iodo@powiat-mielecki.pl, bezpośrednio: Inspektor Ochrony Danych z siedzibą
w Starostwie Powiatowym w Mielcu ul. Wyspiańskiego 6, 39-300 Mielec, pokój nr 335, tel. 17 78 00 487 – w każdej sprawie dotyczącej przetwarzania danych osobowych;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b i g RODO - w celu realizacji ustawowych zadań Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Mielcu wynikających z ustawy a dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych;
4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania wskazanego w pkt 3), w tym przechowywane przez okres 50 lat, licząc od pierwszego stycznia roku następującego po roku zakończenia sprawy;
5. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa lub zawartych umów powierzenia przetwarzania danych;
6. podanie danych osobowych jest obowiązkowe i umożliwi realizację ustawowych zadań Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności oraz załatwienie inicjowanych przez Panią/Pana spraw. W przypadku ich niepodania nie będzie możliwe załatwienie Pani/Pana spraw;
7. przysługuje Pani/Panu prawo do:
8. żądania dostępu do danych osobowych na podstawie art. 15 RODO,
9. sprostowania swoich danych na podstawie art. 16 RODO,

 c) ograniczenia przetwarzania danych na podstawie art. 18 RODO oraz ich usunięcia
po ustaniu okresu przechowywania, w myśl obowiązujących przepisów;

1. przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, jednak pozytywne rozpatrzenie Pani/Pana sprzeciwu wobec przetwarzania danych musi być zgodne z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie;
2. przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia swoich danych, jednak pozytywne rozpatrzenie prawa do przeniesienia Pani/Pana danych musi być zgodne z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie;
3. Pani/Pana dane nie będą poddane zautomatyzowanym procesom związanym
z podejmowaniem decyzji, w tym profilowaniu;
4. Pani/Pana dane nie będą przekazane odbiorcom w państwach znajdujących się poza Unią Europejską i Europejskim Obszarem Gospodarczym lub do organizacji międzynarodowej;
5. Jeśli uzna Pani/Pan, że dane osobowe nie są przetwarzane w sposób prawidłowy, przysługuje Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Urzędu Ochrony Danych Osobowych Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie ul. Stawki 2,
00-193 Warszawa.

Oświadczam, że zostały mi przekazane informacje zawarte w klauzuli informacyjnej dot. przetwarzania i ochrony danych osobowych, o których mowa w art. 13 RODO.

……………………………………………

czytelny podpis osoby zainteresowanej

lub jej przedstawiciela ustawowego

**UWAGA: W załączeniu do wniosku przedkładam:**

1. **Oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wydanego dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności (dokument jest ważny przez 30 dni od daty wystawienia przez lekarza),**
2. **Kserokopie, poświadczone za zgodność z oryginałem, wszelkiej dokumentacji, potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności, np.: karty informacyjne leczenia szpitalnego, historie choroby z poradni specjalistycznych i poradni rodzinnej, badania specjalistyczne (np. opisy badań obrazowych), opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie,**
3. **Kserokopie poprzednich orzeczeń (jeśli były).**