

Nr sprawy .....
-----------------

..... dnia ..... r.  
(miejscowość) (data)

**Do Powiatowego Zespołu**  
**do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**  
w .....

Miejsce na adnotacje urzędowe

**Wniosek o wydanie orzeczenia:**

- o stopniu niepełnosprawności**
- o wskazaniach do ulg i uprawnień**

**Wniosek składam:**

- Po raz pierwszy
- W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia
- W związku ze zmianą stanu zdrowia

**Dane osoby zainteresowanej:**

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia ..... miejsce urodzenia .....

Numer PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 obywatelstwo .....

Seria i numer dowodu osobistego / paszportu / innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

Adres zameldowania .....

Adres pobytu powyżej 2 miesięcy (jeśli inny niż adres zameldowania) .....

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zameldowania) .....

Numer telefonu .....

**Dane przedstawiciela ustawowego:**

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego .....

Data urodzenia ..... miejsce urodzenia .....

Numer PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 obywatelstwo .....

Rodzaj dokumentu tożsamości ..... seria i numer .....

Adres zameldowania .....

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zameldowania) .....

Numer telefonu .....

**\*właściwe zaznaczyć krzyżykiem**

### **Wniosek składam dla celów:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> odpowiedniego zatrudnienia  | <input type="checkbox"/> uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego                                   |
| <input type="checkbox"/> szkolenia   | <input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego                |
| <input type="checkbox"/> uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej                                     | <input type="checkbox"/> zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju                                  |
| <input type="checkbox"/> konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze           | <input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze |
| <input type="checkbox"/> korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji          | <input type="checkbox"/> korzystania z karty parkingowej                                     |
| <input type="checkbox"/> korzystania z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych | <input type="checkbox"/> korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów      |
| <input type="checkbox"/> uzyskania zasiłku stałego   | <input type="checkbox"/> inne (wymienić): .....  |

### **Sytuacja społeczna i zawodowa osoby zainteresowanej:**

**Stan cywilny:**\*  wolny/a,  żonaty/mężatka,  wdowiec/wdowa,  inne: .....

**Sytuacja rodzinna:**\*  samotny,  posiada rodzinę/osoby bliskie: .....

**Warunki mieszkaniowe:** .....

**Liczba osób zamieszkujących razem:** .....

**Źródła dochodu:**\*  wynagrodzenie,  na utrzymaniu rodziny,  pomoc społeczna,

zasiłek dla bezrobotnych,  emerytura/renta,  brak,  inne: .....

### **Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:\***

	samodzielnie	z pomocą	pod opieką
Wykonywanie czynności samoobsługowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poruszanie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prowadzenie gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:**\*  nie  tak, jeśli tak, wymienić: .....

### **Sytuacja zawodowa:**

✓ wykształcenie: .....

✓ aktywność zawodowa:\*

aktywny zawodowo,  bezrobotny,  uczeń/student,  emeryt/rencista

✓ staż pracy: .....

✓ zawód aktualnie wykonywany: .....

✓ doświadczenie zawodowe: .....

## **Oświadczenia:**

1.  **Nie pobieram**  **Pobieram\*** następujące świadczenia z ubezpieczenia społecznego:  
 emerytura,  renta rodzinna,  świadczenie rehabilitacyjne,  renta z tytułu niezdolności do pracy,  inne (*jakie?*) .....
2.  **Nie składałem/am**  **Skladałem/am\*** uprzednio wniosek w sprawie wydania orzeczenia przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności w dniu..... r.
3.  **Nie posiadam**  **Posiadam\*** orzeczenie o inwalidztwie, ważne do dnia..... r.
4.  **Nie toczy się**  **Toczy się\*** aktualnie w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem (*jakim?*) .....
5.  **Mogę**  **Nie mogę\*** samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego (*jeżeli nie, należy załączyć dodatkowo: kserokopię dowodu osobistego (oryginał do wglądu) oraz zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej, nie rokującej poprawy choroby*)<sup>1</sup>
6. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, przewodniczący powiatowego zespołu zawiadamia na piśmie osobę zainteresowaną o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
7.  **Nie posiadam**  **Posiadam\*** prawo jazdy kat.....
8. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie (*art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego*).
9. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy wynikającej z art. 233. §1 *Kodeksu karnego* oświadczam, że dane zawarte w powyższym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

## **Załączniki:**

1. Dokumentacja medyczna (karty informacyjne; historie choroby; zaświadczenia , konsultacje lub opinie lekarskie; wyniki badań; opisy zdjęć RTG; opinie psychologiczne itd.) - kopie oryginały do wglądu
2. Zaświadczenie lekarskie zawierające opis stanu zdrowia, rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących, potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych, wydane nie wcześniej, niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku przez lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba zainteresowana.
3. Kopie posiadanych orzeczeń (oryginały do wglądu).
4. Inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności (wymienić):  
.....  
.....  
.....

.....  
Podpis osoby składającej wniosek<sup>2</sup>

<sup>1</sup> dotyczy wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

<sup>2</sup> podpis osoby zainteresowanej lub, jeżeli nie posiada ona zdolności do czynności prawnych, jej przedstawiciela ustawowego; w przypadku składania wniosku przez ośrodek pomocy społecznej na podstawie art. 6b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych należy przedstawić dowód wyrażenia zgody przez osobę zainteresowaną lub jej przedstawiciela ustawowego.

**\*właściwe zaznaczyć krzyżykiem**

# informacja o przetwarzanych danych

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust.2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016 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 (dalej RODO) informuję, że od dnia 25 maja 2018 roku przysługują Osobie określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem danych:

**1. Administratorem Twoich danych jest** Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Starachowicach, którego siedziba jest w Starachowicach, ul. Radomska 70, 27 - 200 Starachowice;  
e-mail: orzecznictwo@powiat.starachowice.pl tel./fax 41 275 42 32

**2. Powołany jest Inspektor Ochrony Danych Osobowych:**  
Można się z nim skontaktować **w formie pisemnej na adres:**

- Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Starachowicach, ul. Radomska 70  
27-200 Starachowice,
- **e-mail:** orzecznictwo@powiat.starachowice.pl, lub
- **telefonicznie:** 41 275 42 32

**3. Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Starachowicach przetwarza Twoje dane w celu rozpatrzenia wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o wskazania do ulg i uprawnień, oraz wniosku o wydanie legitymacji osoby niepełnosprawnej i wniosku o wydanie karty parkingowej**

> na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

**4. W związku z przetwarzaniem danych w celach określonych w pkt 3 Twoje dane będą udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych.**

Odbiorcami Twoich danych będą:

- 1) Ty sam jako Strona postępowania, jako Wnioskodawca, Twój Pełnomocny,

**Uwaga:** Organy publiczne, które mogą otrzymywać Twoje dane osobowe w ramach konkretnego postępowania zgodnie z prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego, nie są uznawane za odbiorców.

**5. Okres przechowywania danych osobowych:**

Twoje dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wskazanych w pkt. 3 celów przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z Jednolitego Rzeczonego Wykazu Akt.

**6. W związku z przetwarzaniem przez Przewodniczącego Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Starachowicach Twoich danych osobowych przysługuje Ci:**

- > prawo dostępu do swoich danych osobowych,
- > prawo do ograniczenia ich przetwarzania,
- > prawo do sprostowania swoich danych osobowych,
- > prawo do usunięcia danych,
- > prawo do przenoszenia swoich danych,
- > prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Twoich danych osobowych

**Uwaga:** pozytywne rozpatrzenie Twojego sprzeciwu wobec przetwarzania danych lub prawa do przeniesienia danych musi być zgodne z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie.

**7. W przypadku przetwarzania danych w oparciu o zgodę,** przysługuje Ci prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

**8. W przypadku uznania, iż przetwarzanie Twoich danych osobowych narusza przepisy RODO,** przysługuje Ci prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

**9. Podanie przez Ciebie danych osobowych jest:**

- > dobrowolne, jest konieczne do załatwienia sprawy
- > wymogiem ustawowym, wynikającym z przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

**10. Twoje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.**

**11. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, profilowanie:**

Twoje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

.....  
Podpis osoby składającej wniosek