Miejsce na adnotacje urzędowe

……, dnia …….. r.
(miejscowość) (data)

**Do Powiatowego Zespołu**

**do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

**w Nysie**

## Nr sprawy: PCPR.ZO.4070.……..

# WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Na podstawie § 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 2027)

**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)**
(na podstawie § 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności- t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 2027)

☐ W związku ze zmianą stanu zdrowia
(na podstawie § 15 ust. 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności - t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 2027)

☐ Składałem wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – brak stopnia niepełnosprawności

☐ **W związku ze zmianą przepisów ustawy** z dnia 20 czerwca 1997 r. **Prawo u ruchu drogowym** (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1260, z późn. zm.)

**Dane osoby zainteresowanej:**

IMIĘ [__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__]

NAZWISKO [__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__]

Data urodzenia [__[__]-[__[__]-[__[__[__[__] Miejsce urodzenia……..
dzień – miesiąc – rok

Numer PESEL [__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__] Obywatelstwo* ……

Nr dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość:

…… [__[__[__[__[__[__[__[__[__]

Adres zamieszkania …….

Adres pobytu ……
(wypełnić, jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

**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 [__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__]

NAZWISKO [__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__]

Data urodzenia [__[__]-[__[__]-[__[__[__[__]Miejsce urodzenia……..
dzień – miesiąc – rok

Numer PESEL [__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__] Obywatelstwo* ……..

Nr dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość:

…… [__[__[__[__[__[__[__[__[__]

Adres zamieszkania …….

Adres pobytu ……
(wypełnić jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

*obywatelstwo w przypadku cudzoziemca nieposiadającego numeru PESEL

**Wniosek składam dla celów (najważniejszy cel zaznaczyć krzyżykiem):**

- ☐ Odpowiedniego zatrudnienia
- ☐ Szkolenia
- ☐ Uczestnictwa w terapii zajęciowej
- ☐ Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- ☐ Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
- ☐ Korzystania z karty parkingowej
- ☐ Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
- ☐ Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- ☐ Uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- ☐ Zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju
- ☐ Uzyskanie przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- ☐ Korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie innych przepisów
- ☐ Inne (wymienić jakie): ……..
  ……
  ……

**Sytuacja społeczna i zawodowa osoby zainteresowanej (właściwe zaznaczyć krzyżykiem):**

**1) Stan cywilny:**

- ☐ panna/ kawaler
- ☐ zamężna/ żonaty
- ☐ w separacji
- ☐ rozwiedziona/ rozwiedziony
- ☐ wdowa/ wdowiec

**2) Wykształcenie:**

- ☐ mniej niż podstawowe
- ☐ podstawowe
- ☐ zasadnicze zawodowe
- ☐ średnie
- ☐ wyższe

**3) Źródła dochodu**

- ☐ wynagrodzenie
- ☐ na utrzymaniu rodziny
- ☐ pomoc społeczna
- ☐ zasiłek dla bezrobotnych
- ☐ emerytura
- ☐ renta z tytułu ……..
- ☐ brak
- ☐ inne …….

**4) Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:**

☐ nie ☐ tak, jakiego: …….

**5) Czy aktualnie wykonuje Pani/Pan pracę zarobkową ?** ☐ tak ☐ nie

**6) Zawód wyuczony**……

**7) Zawód wykonywany** …….

**8) Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:**

| | samodzielnie | z pomocą | pod opieką |
|---|---|---|---|
| wykonywanie czynności samoobsługowych (np. mycie się, ubieranie i rozbieranie się, spożywanie posiłków) | ☐ | ☐ | ☐ |
| poruszanie się w środowisku (np. przemieszczanie się, komunikowanie się) | ☐ | ☐ | ☐ |
| prowadzenie gospodarstwa domowego (np. pranie, sprzątanie, gotowanie) | ☐ | ☐ | ☐ |

# Oświadczam, że:

**1)**** ☐ Nie posiadam / ☐ Posiadam orzeczenie o …….. stopniu
(lekkim, umiarkowanym, znacznym)
niepełnosprawności ważne do dnia …….

**2)**** ☐ Mogę / ☐ Nie mogę przybyć na posiedzenie składu orzekającego
**Jeżeli nie** - należy dołączyć do wniosku zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo

**3)**** ☐ Aktualnie toczy / ☐ Nie toczy się w mojej sprawie postępowanie przed sądem powszechnym w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności

**4)** W razie stwierdzenia przez zespół ds. orzekania o niepełnosprawności konieczności uzupełnienie dokumentacji medycznej m.in. poprzez wykonanie: badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, dostarczenie historii choroby z poradni specjalistycznych, **jestem świadomy ponoszenia kosztów ich wykonania we własnym zakresie**.

**6)** **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 (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 2096)**
§ 1. W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swojego adresu, w tym adresu elektronicznego.
§ 2. W razie zaniedbania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

**7)** **Dane zawarte we wniosku są prawdziwe.**

**8)** **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 (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1600)**
§ 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, opatrzony cudzym podpisem, niezgodnie z wolą podpisanego i na jego szkodę albo takiego dokumentu używa.
§ 2a. W wypadku mniejszej wagi, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.
§ 3. Kto czyni przygotowania do przestępstwa określonego w § 1,podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

**9)** **Zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej (załącznik nr 2 do wniosku) dotyczącej przetwarzania danych osobowych w celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz o przysługujących mi prawach.**

**właściwe zaznaczyć krzyżykiem

……
podpis osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego

---

## UWAGA: Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności należy złożyć:

- ✓ Oryginał wniosku **(dokładnie wypełnić każdą rubrykę)**,
- ✓ Oryginał zaświadczenia lekarskiego (**ważny 30 dni od daty wystawienia przez lekarza)**,
- ✓ Uwierzytelnioną kserokopię wszelkiej dokumentacji potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności, np.: karty informacyjne z leczenia szpitalnego, historia choroby, badania dodatkowe, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie.
- ✓ Kserokopie poprzednich orzeczeń (jeśli były)

---

**Załączniki:**
Nr 1 – Zgoda na przetwarzanie dodatkowych danych
Nr 2 – Klauzula informacyjna

## Zgoda na przetwarzanie dodatkowych danych osobowych

Zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem 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 ustawą o ochronie danych osobowych, **wyrażam zgodę** na podanie mojego numeru telefonu w celu ułatwienia kontaktowania się Zespołu ze mną w sytuacjach, gdy jest to niezbędne.

Podanie numeru jest świadomie wyrażoną i dobrowolną zgodą.

Nr telefonu [___[___[___[___[___[___[___[___[___]

……
podpis osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego

# KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH W POWIATOWYM ZESPOLE DS. ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W NYSIE

Informacja zgodna z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. 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), zwanego dalej RODO.

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Nysie przy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR) w Nysie (zwany dalej jako „Administrator"). Adres siedziby: ul. Piastowska 33A, 48-300 Nysa
2. Z Administratorem można skontaktować się poprzez adres e-mail: pzon@pcprnysa.pl, telefonicznie pod numerem 77 448-25-72, lub pisemnie na adres siedziby Administratora.
3. W Powiatowym Centrum został powołany Inspektor Ochrony Danych Osobowych, z którym można się skontaktować pod następującym adresem poczty elektronicznej: iod@pcprnysa.pl lub numerem telefonu 77 448-25-52.
4. Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań Powiatowego Zespołu art. Orzekania o Niepełnosprawności w Nysie na podstawie art. 6 ust. 1 lit. C) RODO, wynikających z aktów prawnych:

-Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U z 2018 r., poz. 511) oraz aktów wykonawczych do tej ustawy;
- Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2017 r., poz. 1260, ze zm.) oraz aktów wykonawczych do tej ustawy.

5. Dane osobowe nie będą przekazywane podmiotom innym niż podmioty działające w oparciu o przepisy prawa. W każdym przypadku udostępnienia lub powierzenia danych takim podmiotom Administrator zapewnia, że odbywa się ono zgodnie z prawem.
6. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
7. Dane osobowe będą przechowywane w czasie określonym przepisami prawa oraz zgodnie z rzeczowym wykazem akt PCPR w Nysie
8. Osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych.
9. Osoba, której dane dotyczą ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych., gdy stwierdzono, że dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z przepisami prawa.
10. Podanie danych jest dobrowolne, jednakże odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości rozpatrzenia sprawy.
11. Dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również w formie profilowania.