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

Do Powiatowego
Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności
w Rypinie

Miejsce na adnotacje urzędowe

Wniosek o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień

osoby posiadającej orzeczenie o inwalidztwie lub niezdolności do pracy, o których mowa w art. 5 i 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1172 t.j.) na podstawie § 2 pkt 3 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu Niepełnosprawności (Dz. U. z 2018 poz. 2027 t.j.)

Dane osoby zainteresowanej:

Imię i nazwisko: .....

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

Numer PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ obywatelstwo.....

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

Adres zameldowania .....

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

.....

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

.....

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) .....

.....

Wniosek składam dla celów:

- ☐ odpowiedniego zatrudnienia
- ☐ szkolenia
- ☐ uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej
- ☐ korzystania z systemu środowiskowego wsparcia do samodzielnej egzystencji
- ☐ konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- ☐ korzystania z usług socjalnych opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych
- ☐ uzyskania zasiłku stałego
- ☐ uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- ☐ uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- ☐ zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju
- ☐ uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- ☐ korzystania z karty parkingowej
- ☐ korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
- ☐ Inne (wymienić)……
  ……

Sytuacja społeczna i zawodowa osoby zainteresowanej

Stan cywilny:* ☐ wolny/a, ☐ żonaty/mężatka, ☐ wdowiec/wdowa, ☐ inne……

Sytuacja rodzinna:* ☐ samotny, ☐ posiada 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	☐	☐	☐
Poruszanie się	☐	☐	☐
Prowadzenie gospodarstwa domowego	☐	☐	☐

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: ……

  ……

* właściwe zaznaczyć krzyżykiem

Klauzula informacyjna

W związku z realizacją wymogów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. art. 13 ust. 1 i 2 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyretywy 95/46/W (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych), dalej RODO informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w PZON w Rypinie jest Przewodniczący Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Rypinie przy ul. Warszawskiej 38.
2. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest Pani Elżbieta Trzcińska, dane kontaktowe: e-mail.: ido@powiatrypinski.pl
3. Podanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne do rozpoczęcia procedury mającej na celu wydanie orzeczenia o niepełnosprawności/ o stopniu niepełnosprawności/do ulg i uprawnień, w przypadku niepodania danych niemożliwe jest przeprowadzenie postępowania orzeczniczego.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
5. Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich chyba, że przepisy szczególne stanowią inaczej.
6. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez okres wskazany w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sparawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych a nastepnie zostaną usunięte.
7. Pani/Pana dane osobowe podane we wniosku przetwarzane będą w związku z realizacją celów wynikających z przepisów prawa tj. ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych w zgodzie z ustawą z dnia 14 czerwca 1960 r. kodeks postępowania administracyjnego w zbiorze danych osobowych prowadzonych przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Rypinie przy ul. Warszawskiej 38 A.
8. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia: prawo dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, a po ustaniu okresu ich przechowywania prawo do ich usunięcia lub ograniczenia przetwarzania zgodnie z obowiązującymi przepisami.
9. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych na zasadach okreslonych w przepisach prawa.
10. Przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody o ile taka była. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z obowiązującym prawem.
11. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. a i c RODO i art. 6b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych oraz aktów wykonawczych do tej ustawy.
12. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
13. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu

Zgoda na przetwarzanie danych

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych

w postaci numeru telefonu numeru telefonu ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Rypinie, ul. Warszawska 38 A, 87-500 Rypin.

Oświadczam, że podanie tych danych jest dobrowolne.

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z treścią klauzuli informacyjnej, przysługującymi mi prawami w związku przetwarzaniem moich danych, w tym prawem do cofnięcia zgody.

……..……..……
Data i podpis osoby wyrażającej zgodę

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/** ☐ **Składałem/am*** uprzednio wniosek w sprawie wydania orzeczenia przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności w dniu ……. r.
3. ☐ **Nie posiadam/** ☐ **Posiadam*** orzeczenie o ……..…… stopniu niepełnosprawności, wydane w dniu …….……r. ważne do dnia ……. r.
4. **Posiadam orzeczenie *:**
   ☐ **Orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o ……**

   ☐ **Orzeczenie o zaliczeniu do …… grupy inwalidów**

   ☐ **Inne: ……**

   Powyższe orzeczenie zostało wydane w dniu …….…… r. ,

   ważne jest do dnia …… r.
5. ☐ **Mogę/** ☐ **Nie mogę*** samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego (jeśli nie, należy załączyć <u>zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby).</u>
6. Przyjmuję do wiadomości, że od orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień nie przysługuje odwołanie.
7. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień, 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.

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 np. historia zdrowia i choroby, karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań specjalistycznych. **W przypadku dostarczenia nieuwierzytelnionych kopii (niepotwierdzonych za zgodność z oryginałem) należy przedstawić do wglądu oryginały tych dokumentów.**

2. Kopia orzeczenia, którego posiadanie uprawnia do złożenia wniosku (lekarza orzecznika ZUS, o zaliczeniu do grupy inwalidów itp.)

3. Dowód osobisty osoby zainteresowanej, oraz przedstawiciela ustawowego (do wglądu)

4. Inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności (wymienić):

   .....

   .....

Podpis osoby składającej wniosek[1]

.....

[1] *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