

Wniosek składam dla celów (najważniejszy cel zaznaczyć krzyżykiem):

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

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> wynagrodzenie | <input type="checkbox"/> emerytura |
| <input type="checkbox"/> na utrzymaniu rodziny | <input type="checkbox"/> renta z tytułu |
| <input type="checkbox"/> pomoc społeczna | <input type="checkbox"/> brak |
| <input type="checkbox"/> zasiłek dla bezrobotnych | <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
poruszanie się w środowisku (np. przemieszczanie się, komunikowanie się)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prowadzenie gospodarstwa domowego (np. pranie, sprząatanie, gotowanie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 uzupełnienia 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

.....
data, podpis osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego

Załączniki:

- Nr 1 – Zgoda na przetwarzanie dodatkowych danych
- Nr 2 – Klauzula informacyjna

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

- ✓ **Oryginał wniosku** (dokładnie wypełnić każdą rubrykę),
- ✓ **Oryginał zaświadczenia lekarskiego** (ważne 30 dni od daty wystawienia przez lekarza),
- ✓ **Uwierzytelnioną kserokopię dokumentacji medycznej, tzn. potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez organ lub podmiot, który dokument wytworzył lub kopię wraz z oryginałem do wglądu**, którą stanowią m.in.: karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych, opisy badań ekg, rtg, usg, TK, rezonansu magnetycznego, opinie psychologiczne (są ważne 2 lata), kartotekę z poradni prowadzącej oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności, a zwłaszcza okresu jej powstania;
- ✓ **Kserokopie poprzednich orzeczeń (oryginał do wglądu)** - jeśli były wydane:
 - zespołu ds orzekania o niepełnosprawności,
 - o niezdolności do pracy (ZUS),
 - o grupie (KIZ, KRUS, MON)

KLAUZULA INFORMACYJNA

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jest **Przewodniczący Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą 47-220 Kędzierzyn-Koźle ul. Judyma 5**. Administrator jest to osoba lub podmiot, która decyduje co się będzie działo z Państwa danymi osobowymi.
- 2) Inspektorem Ochrony Danych jest **Krzysztof KSIEŃSKI, 47-220 Kędzierzyn-Koźle Plac Wolności 13, pokój nr 37**. W razie jakichkolwiek wątpliwości związanych z przetwarzaniem Państwa danych, proszę nie wahać się skontaktować z nim pod adresem: **k.ksieski@powiat.kedzierzyn-kozle.pl tel. 774052777** lub osobiście po uprzednim potwierdzeniu wizyty telefonicznie. Inspektor czuwa nad bezpieczeństwem Państwa danych osobowych w urzędzie.
- 3) Państwa dane osobowe przetwarzamy w celu realizacji określonych zadań (rejestr osób ubiegających się o wydanie karty parkingowej, rejestr osób którym wydawane są legitymacje osób niepełnosprawnych, rejestr osób ubiegających się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, rejestr osób ubiegających się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności) i na takie zbieranie danych nie jest wymagana zgoda. Określa to art. 6 ust.1 pkt c. RODO. W przypadku PZON podstawą prawną przetwarzania danych osobowych są następujące akty prawne:
 - a. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
 - b. Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r prawo o ruchu drogowymW celu wydania dla Państwa potrzebnych dokumentów będziemy też przetwarzać szczególne kategorie danych osobowych (stan zdrowia). Możemy to robić na podstawie art.9 ust.2 pkt b, g RODO Możemy też poprosić Państwa o dodatkowe dane w celu ułatwienia kontaktu (np. numer telefonu, adres mailowy). Wówczas musimy od Państwa uzyskać dodatkową zgodę, którą w każdej chwili można wycofać. Określa to art.6 ust. 1 pkt a RODO.
- 4) Odbiorcami Państwa danych mogą być podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa (np. NIK) oraz podmioty z którymi zawarta jest umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych. W przypadku PZON została zawarta umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych z Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa
- 5) Nie przewidujemy aby Państwa dane osobowe przekazywać do państw trzecich (czyli poza Unię Europejską i Europejski Obszar Gospodarczy)
- 6) Dane osobowe, które Państwo zostawili w naszym urzędzie muszą być przechowywane w archiwum. Jest to określone przepisami i okres przechowywania tych danych reguluje Jednolity Rzeczowy Wykaz Akt Organów Powiatu i Starostw Powiatowych
- 7) W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługują Państwu określone prawa:
 - a. prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo do uzyskania ich kopii art. 15 ust. 1 RODO
 - b. prawo do sprostowania danych (jeżeli Państwo uważają, że zebrane dane są nieprawidłowe) art. 16 RODO
 - c. prawo do usunięcia danych (ale tylko w określonych przypadkach) art. 17 RODO
 - d. prawo do ograniczenia przetwarzania (też w ściśle określonych przypadkach) art. 18 RODO
- 8) W żaden sposób nie będziemy profilować Państwa danych osobowych
- 9) Nie będziemy w sposób zautomatyzowany podejmowali decyzji
- 10) Podanie przez Państwa danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa
- 11) Jeżeli macie Państwo wątpliwości co do przetwarzania danych osobowych przez nasz urząd przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa