



Miejsce na adnotacje urzędowe

....., dnia r.
(miejscowość) (data)

**Do Powiatowego Zespołu
do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
w Kędzierzynie-Koźlu**

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 (tj. Dz.U. z 2021 r. poz. 857)

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- tj. Dz.U. z 2021 r. poz. 857)
- 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- tj. Dz.U. z 2021 r. poz. 857)
- Składałem wnioski 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** (Dz. U. z 2022 r. poz. 988, 1002, 1768 i 1783)

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)

Nr telefonu [][][][][][][][][][][][][][][][][] Adres e-mail (o ile posiada)

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)

Nr telefonu [][][][][][][][][][][][][][][][][] Adres e-mail (o ile posiada)

*obywatelstwo w przypadku cudzoziemca nieposiadającego numeru PESEL

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
§ 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
§ 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 1 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 – 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)

WAŻNOŚĆ WYDANYCH ORZECZEŃ

Ustawa z dnia 19 grudnia 2023 r. o szczególnych rozwiązaniach służących zachowaniu ważności niektórych orzeczeń o niepełnosprawności oraz orzeczeń o stopniu niepełnosprawności (Dz. U. 2023 poz. 2768) art. 1

Orzeczenie o niepełnosprawności albo orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane na czas określony, które zachowało ważność na podstawie art. 23 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o zmianie ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów oraz niektórych innych ustaw w **brzmieniu dotychczasowym** [(....) którego okres ważności:

- 1) upłynąłby do dnia 31 grudnia 2020 r. – zachowuje ważność do dnia 31 grudnia 2023 r.,
- 2) upłynąłby w okresie od 1 stycznia 2021 r. do dnia 31 grudnia 2021 r. – zachowuje ważność do 31 marca 2024r.,
- 3) upłynąłby w okresie od 1 stycznia 2022 r. do dnia 05 sierpnia 2023 r. – zachowuje ważność do 30 września 2024r. (...)], **albo którego okres ważności upłynął po dniu 5 sierpnia 2023 r. i przed dniem 30 września 2024 r., - zachowuje ważność do dnia 30 września 2024 r.,**

- jednak nie dłużej niż do dnia, w którym nowe orzeczenie o niepełnosprawności albo nowe orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, stanie się ostateczne.

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 KSIĘSKI, 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 drogowym

W 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