

Załącznik:
Nr sprawy

..... dnia r.
(miejscowość) (data)

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

Miejsce na adnotacje urzędowe

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

Wniosek składam:

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

Dane dziecka (osoby do 16 roku życia):

Imię i nazwisko

Data urodzenia miejsce urodzenia

Numer PESEL

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

 obywatelstwo

Numer dokumentu potwierdzającego tożsamość dziecka

Adres zamieszkania

Adres pobytu powyżej 2 miesięcy (jeśli inny niż adres zamieszkania)

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zamieszkania)

Numer telefonu

Dane przedstawiciela ustawowego dziecka:

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego

Data urodzenia miejsce urodzenia

Numer PESEL

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

 obywatelstwo

Rodzaj dokumentu tożsamości seria i numer

Adres zamieszkania

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zamieszkania)

Numer telefonu

*właściwe zaznaczyć krzyżykiem

Wniosek składam dla celów:

- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
- korzystania z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych
- uzyskania zasiłku stałego
- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego

- zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju
- uzyskanie 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 rodzinna dziecka:

- Rodzina pełna, rodzina niepełna, rodzina zastępcza, dom dziecka, inne*:

Warunki mieszkaniowe:

Liczba osób zamieszkujących wspólnie:

W tym dzieci: w wieku:

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:*

	samodzielenie	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"/>

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

Dziecko nie uczęszcza uczęszcza* do placówki oświatowej (np żłobek, przedszkole, szkoła, jakiej?):

Oświadczenia:

1. W imieniu dziecka nie składano składano* wniosek w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności w dniu r.

Dziecko nie posiada posiada* orzeczenie o niepełnosprawności, wydane w dniu r. ważne do dnia r.

2. Dziecko może nie może* przybyć na posiedzenie składu orzekającego (jeśli nie, należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby).

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.

4. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie (art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego).
5. 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, wydane nie wcześniej, niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku przez lekarza, pod którego opieką lekarską znajduje się dziecko.
3. Inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności (wymienić):

Po

W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia

W związku ze zmianą stanu zdrowia

Dane dziecka (osoby do 16 roku życia):

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Numer PESEL

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

obywatelstwo

Numer dokumentu tożsamości (osoby do 16 roku życia)

Podpis osoby składającej wniosek¹

Adres zamieszkania

Adres pobytu powyżej 2 miesięcy (jeśli inny niż adres zamieszkania)

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zamieszkania)

Numer telefonu

Dane przedstawiciela ustawowego dziecka:

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego

Data urodzenia

miejsce urodzenia

Numer PESEL

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

obywatelstwo

Rodzaj dokumentu tożsamości

seria i numer

Adres zamieszkania

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zamieszkania)

Numer telefonu

1 I 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 zatrudnieniu 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. Gliniana 10A, 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. Gliniana 10A 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 wskazaniu 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.