**Wniosek o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień**

Nr sprawy: …………………………. ………………………………………...

 ( numer nadaje Zespół ) data przyjęcia, podpis osoby przyjmującej wniosek

4

 Wąbrzeźno, dnia ..................................

**Imię i nazwisko** /…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./ …./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./

**Data urodzenia**….……...………...………………….. **Miejsce urodzenia** .....…………………..............…………

**Adres zamieszkania** **(stałego wg dokumentów)** …..………………………………………..............……………..
**Adres pobytu** …..………………………………………..............…………………..................................................

**Adres do korespondencji** ….…….................................................……………………….……..…………………..
**Nr PESEL**  /…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./ **Nr, seria dowodu osobistego** .….....................……….....

**Nr telefonu** …………………………………………..…………………………………

**Dane przedstawiciela ustawowego – wypełniane tylko w przypadku gdy osoba zainteresowana jest niepełnoletnia lub ubezwłasnowolniona.**

**Gdy nie zachodzi w/w okoliczność zaznaczyć „NIE DOTYCZY”**

**Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego**  /…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…/

**Adres zamieszkania / adres korespondencyjny przedstawiciela ustawowego:**  .................................................................

........................................................................................................................................................................................................

**Seria i nr dowodu osobistego** ................................................................; **Nr telefonu** ..............................................

**Komisja pierwszorazowa □ Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania**

**Komisja kolejna □ o Niepełnosparwności**

 **ul. Wolności 44**

 **87 – 200 Wąbrzeźno**

**Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień dla celów:** *( odpowiednie zaznaczyć )*

1. Odpowiedniego zatrudnienia uwzględniającego psychofizyczne możliwości,
2. Szkolenia, w tym specjalistycznego,
3. Uczestnictwa w terapii zajęciowej,
4. Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne środki pomocnicze ułatwiające funkcjonowanie,
5. Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie
 z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych,
6. Ubiegania się o zasiłek stały,
7. Ubiegania się o świadczenia pieniężne z pomocy społecznej,
8. Korzystania z karty parkingowej zgodnie z art. 8 ust.1 ustawy – Prawo o ruchu drogowym,
9. Uzyskania dodatkowej powierzchni mieszkalnej, zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
10. Inne ….......…………………………………………………………………………………....................

 proszę określić jakie, np. ulga telekomunikacyjna

**Uzasadnienie wniosku:**

1. **Sytuacja społeczna**: stan cywilny …..…......................... ; stan rodziny *(* ilość osób wspólnie zamieszkujących *)* .................

 **Zdolność do samodzielnego funkcjonowania**:

 - wykonywanie czynności samoobsługowych: **samodzielnie / z pomocą / opieka**\*

 - poruszanie się w środowisku **samodzielnie / z pomocą / opieka**\*

 - prowadzenie gospodarstwa domowego: **samodzielnie / z pomocą / opieka**\*

**2. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego**: **niezbędne / wskazane / zbędne\***; **nie korzystam / korzystam\*,**

**3. Sytuacja zawodowa**:

- wykształcenie ………..…………………….....………...........................; zawód / przygotowanie zawodowe lub posiadane kwalifikacje ......................................................................................................................................................................................................
obecne zatrudnienie **nie pracuję / pracuję\*** (podać gdzie) …………….……………..........................……………..…………..……..........

Oświadczam że:

1. Zostałem/am poinformowany/a, że orzeczenie o wskazaniach do ulg i uprawnień zostanie wydane na podstawie posiadanego orzeczenia o inwalidztwie lub niezdolności do pracy, w związku z powyższym stopień niepełnosprawności zostanie określony zgodnie z art. 5 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 511 ).

2. Zostałem/am poinformowany/a, że orzeczenie o wskazaniach do ulg i uprawnień zostanie wydane na podstawie bezpośredniego badania.

3. Zostałem/am poinformowany/a, że od orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień nie przysługuje odwołanie.

4. Posiadam orzeczenie wydane przez *ZUS, OKiZ, KRUS, MSWiA, MON*\* w ..................................................….........……...., dnia ................................................................................ ze skutkiem ( podać grupę inwalidzką / niezdolność do pracy ) .................................................... Orzeczenie wydano na okres do ......................................................................./ na stałe.

5. Nie posiadam ważnego orzeczenia o stopnia niepełnosprawności wydanego przez Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności.

6. Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy / a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

*\* odpowiednie zaznaczyć*

**Wraz z wnioskiem należy złożyć dokumentację medyczną**

**zgodnie z poniższą informacją**

..................................................................................................

 Podpis wnioskodawcy lub jego przedstawiciela ustawowego

**Informacja!**

do **oryginału wniosku** należy załączyć:

**1. Oryginały lub kopie dokumentacji medycznej** ( zgodnie z art. 76a kpa **-** kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem na każdej stronie dokumentu przez podmiot, który dokument wytworzył lub przez osoby uprawnione do takiego potwierdzenia, tj. notariusza albo przez występującego w sprawie pełnomocnika strony będącego adwokatem, radcą prawnym, rzecznikiem patentowym lub doradcą podatkowym ) **umożliwiające zaliczenie do osób niepełnosprawnych i ustalenie daty powstania tej niepełnosprawności i stopnia niepełnosprawności,**

 **Przy dokonywaniu oceny o zaliczaniu do osób niepełnosprawnych przez skład orzekający będą uwzględniane tylko oryginały lub kopie dokumentacji medycznej potwierdzone za zgodność z oryginałem na każdej stronie dokumentu przez podmiot, który wydał dokument** ( np. kopię historii choroby potwierdza Poradnia, która jest w posiadaniu oryginału historii choroby ) **lub przez osoby uprawnione do takiego potwierdzenia.**

 **Kserokopie dokumentacji medycznej nie potwierdzone za zgodność z oryginałem, zgodnie z obowiązującymi przepisami *( oryginał dokumentu do wglądu Zespołu )***, mogą posłużyć jako materiał pomocniczy przy wydawaniu oceny, ale nie decydują o zaliczaniu do stopnia niepełnosprawności***.***

 **Dokumentację medyczną stanowią**: karta informacyjna leczenia szpitalnego, historia choroby z poradni specjalistycznych i POZ, wyniki badań specjalistycznych (np.: badanie wzroku - dno oka, pole widzenia; badanie słuchu; rezonans magnetyczny; zdjęcia rtg i opisy do zdjęć rtg), aktualne wyniki testów psychologicznych oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na rozpatrzenie sprawy, np. opinie, orzeczenia ...

**2. Ważne orzeczenie o inwalidztwie** ( I, II lub III grupie inwalidzkiej ) lub **ważne orzeczenie niezdolności do pracy** ( częściowej, całkowitej ) lub **o niezdolności do samodzielnej egzystencji**, określone w art. 5 i 62 w/w ustawy.

**KLAUZULA INFORMACYJNA** Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/W – ogólne rozporządzenie o ochronie danych, informujemy, iż:

**Administratorem Pani/Pana danych osobowych będzie Przewodniczący Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Wąbrzeźnie.**

**Można się z nim kontaktować w następujący sposób: listownie na adres siedziby: ul. Wolności 44, 87-200 Wąbrzeźno, tel. 56-688-****24-50 do 57, e-mailowo:** **pzon@wabrzezno.pl.**

**Do kontaktów w sprawie ochrony Pani/Pana danych osobowych został także powołany inspektor ochrony danych, z którym można się kontaktować wysyłając e-mail na adres:** **iod@wabrzezno.pl****.**

1. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie:
2. art. 6 ust. 1 lit c i art. 9 ust. 2 lit. b RODO w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w celu realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze tj. wydania orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub o wskazaniach do ulg i uprawnień,
3. art. 6 ust. 1 lit. a na podstawie Pani/Pana zgody. Zgoda jest wymagana, gdy uprawnienie do przetwarzania danych osobowych nie wynika wprost z przepisów prawa, np. podanie nr telefonu, adresu e-mail.
4. Pani/Pana dane osobowe możemy ujawniać, przekazywać i udostępniać wyłącznie podmiotom uprawnionym na podstawie obowiązujących przepisów prawa, są nimi m.in. podmioty świadczące usługi pocztowe, bankowe, telekomunikacyjne, organy ścigania, podatkowe, oraz inne podmioty, gdy wystąpią z takim żądaniem oczywiście w oparciu o stosowną podstawę prawną. Pracownikom oraz współpracownikom administratora.

Pani/Pana dane osobowe możemy także przekazywać podmiotom, które przetwarzają je na zlecenie administratora tzw. podmiotom przetwarzającym, są nimi np.: podmioty świadczące usługi informatyczne oraz inne wykonujące wyspecjalizowane usługi oraz podmiot wybrany przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w związku z obsługą systemu informatycznego EKSMOoN, jednakże przekazanie Pani/Pana danych nastąpić może tylko wtedy, gdy zapewnią one odpowiednią ochronę Pani/Pana praw.

1. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą do czasu istnienia podstawy do ich przetwarzania, w tym również przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji i tak:
2. do 50 lat od dnia zrealizowania Pani/Pana wniosku,
3. w zakresie danych, gdzie wyraziła Pani/Pan zgodę na ich przetwarzanie, do czasu cofnięcie zgody, nie dłużej jednak niż do czasu wskazanego w pkt 1.
4. W związku z przetwarzaniem danych osobowych przez Administratora ma Pani/Pan prawo do:
5. dostępu do treści danych na podstawie art. 15 RODO;
6. sprostowania danych na podstawie art. 16 RODO;
7. usunięcia danych na podstawie art. 17 RODO, jeżeli:
8. wycofa Pani/Pan zgodę na przetwarzanie danych osobowych;
9. dane osobowe przestaną być niezbędne do celów, w których zostały zebrane lub w których były przetwarzane;
10. dane są przetwarzane niezgodnie z prawem;
11. ograniczenia przetwarzania danych na podstawie art. 18 RODO, jeżeli:
12. osoba, której dane dotyczą, kwestionuje prawidłowość danych osobowych;
13. przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się usunięciu danych osobowych, żądając w zamian ograniczenia ich wykorzystywania;
14. administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobie, której dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;
15. osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania – do czasu stwierdzenia, czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie administratora są nadrzędne wobec podstaw sprzeciwu osoby, której dane dotyczą;
16. cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody nie wpływa na przetwarzanie danych dokonywane przez administratora przed jej cofnięciem
17. Podanie Pani/Pana danych:
18. jest wymogiem ustawy na podstawie, których działa administrator. Jeżeli odmówi Pani/Pan podania swoich danych lub poda nieprawidłowe dane, administrator nie będzie mógł zrealizować celu do jakiego zobowiązują go przepisy prawa,
19. jest dobrowolne i odbywa się na podstawie Pani/Pana zgody, która może być cofnięta w dowolnym momencie.
20. Przysługuje Pani/Panu także skarga do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie jej/jego danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
21. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
22. Administrator nie przekazuje danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych.

**Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższą klauzulą informacyjną**

Wąbrzeźno, dnia……………………………….. ……………………………………………………………………….

 Podpis wnioskodawcy lub jego przedstawiciela ustawowego