**Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**

Nr sprawy: PZOON.8321.2. ………………. . 2020 ………………………………………...

 ( 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 Niepełnosprawności**

**□** w celu kontynuacji ważnego\* orzeczenia **ul. Wolności 44**

**□** w związku z pogorszeniem stanu zdrowia **87 – 200 Wąbrzeźno**

**Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności 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 świadczenia pieniężne z pomocy społecznej: zasiłku pielęgnacyjnego, zasiłku stałego, innych

 świadczeń\*

7. Korzystania z karty parkingowej zgodnie z art. 8 ust.1 ustawy – Prawo o ruchu drogowym,

8. Uzyskania dodatkowej powierzchni mieszkalnej, zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,

9. Inne ( proszę określić jakie, np. ulga telekomunikacyjna ) ………………..…………...........................................................

**Uzasadnienie wniosku:**

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

2. 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**\*

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

4. Sytuacja zawodowa:

- wykształcenie ………..……………………………….....…………..; zawód / przygotowanie zawodowe lub posiadane kwalifikacje ...............................................................................................................................................................................

obecne zatrudnienie **nie pracuję / pracuję\***(podać gdzie) …………….…………………………….………………….…

**Oświadczam, że:**

1. Pobieram /nie pobieram\*świadczenie z ubezpieczenia społecznego: emerytura, renta, świadczenie przedemerytalne

2. Składałem/nie składałem\* uprzednio wniosek o ustalenie niepełnosprawności / stopnia niepełnosprawności:

 orzeczenie z dnia ……………….... niepełnosprawność / stopień…….....……...............................ważne do

 ………......….......................…/na stałe\* wydane przez Miejski/Powiatowy/Wojewódzki\* Zespół ds. Orzekania

 o Niepełnosprawności w ………………............... W przypadku zmiany nazwiska, podać nazwisko na które

 wydano poprzednie orzeczenie ......................................................

3. Posiadam /nie posiadam\* orzeczenie innego organu orzeczniczego jeśli tak, to podać nazwę organu: (ZUS, KRUS,

 MSWiA, MON) podać datę wydania orzeczenia …..................................................….................................………..

4. **Mogę/ nie mogę\* przybyć na posiedzenie składu orzekającego.** *( Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie*

 *lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej*

 *poprawy choroby).*

5. Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie

 nieprawdy lub zatajenie prawdy.

***\**** *odpowiednie zaznaczyć*

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

Podpis wnioskodawcy lub jego przedstawiciela ustawowego

**Wraz z wnioskiem należy złożyć dokumentację medyczną**

**zgodnie z poniższą informacją** .

**Informacja !**

**W dniu składania** **wniosku** należy złożyć:

1. **Zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza leczącego rodzinnego lub specjalistę (oryginał obowiązującego druku),**

 **Zaświadczenie zachowuje ważność 30 dni - od daty wystawienia do dnia złożenia w Powiatowym Zespole d/s...**

2. **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, tj. np. historię choroby – potwierdza osoba uprawniona z poradni będącej w posiadaniu tej dokumentacji lub przez osobę uprawnioną do takiego potwierdzenia tj. notariusza albo przez występującego w sprawie pełnomocnika strony będącego adwokatem, radcą prawnym, rzecznikiem patentowym lub doradcą podatkowym) **umożliwiające ustalenie stopnia niepełnosprawności, daty powstania niepełnosprawności i stopnia niepełnosprawności, itd.**

**Dokumentację medyczną stanowią**: historie chorób z poradni specjalistycznych i POZ, karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań specjalistycznych (np.: badanie wzroku, badanie dna 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.

**Potwierdzenia za zgodność z oryginałem kserokopii dokumentu** (*karty informacyjnej leczenia szpitalnego, wyniku badania*)**, który pozostaje w dokumentacji Zespołu** może także dokonać pracownik przyjmujący wniosek, jeżeli przy składaniu wniosku zostanie przedstawiony oryginał dokumentu.

**Przy dokonywaniu oceny o zaliczaniu do osób niepełnosprawnych przez skład orzekający będą uwzględniane tylko oryginały lub kopie dokumentacji medycznej potwierdzone za zgodność z oryginałem.**

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

1. W celu kontynuacji niepełnosprawności nowy wniosek o wydanie orzeczenia należy złożyć **nie wcześniej niż 30 dni przez utratą ważności posiadanego orzeczenia**.
2. **Przy kolejnym składaniu wniosku o wydanie orzeczenia należy dołączyć oryginały lub kopię dokumentacji medycznej zgromadzonej po dacie wydania ostatniego** **orzeczenia**, potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez podmiot, który wydał dokument lub przez osoby uprawnione do takiego potwierdzenia(z imienia i nazwiska).
3. **Jeżeli wnioskodawca był orzekany w innym Zespole niż Powiatowy Zespół ds. Orzekania w Wąbrzeźnie lub był orzekany w Wojewódzkim Zespole ds. Orzekania bądź w Sądzie - należy załączyć kopię posiadanego orzeczenia lub wyroku.**

**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