

Nr sprawy

Skarżysko-Kam.

Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

- ☐ po raz pierwszy
- ☐ w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia
- ☐ w związku ze zmianą stanu zdrowia

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL /.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../ Nr i seria dowodu osobistego /.../.../.../ /.../.../.../.../.../

Adres stałego zameldowania.....

Adres zamieszkania.....

Nr tel./ e-mail

Dane osobowe przedstawiciela ustawowego (**wypełnić w przypadku wniosku osoby do 18-go roku życia lub ubezwłasnowolnionej**)

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL /.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../ Nr i seria dowodu osobistego /.../.../.../ /.../.../.../.../.../

Adres stałego zameldowania.....

Adres zamieszkania.....

Nr tel./ e-mail

DO POWIATOWEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZĘKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W SKARŻYSKU-KAMIENNEJ

Zwracam się z prośbą o wydanie mi orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów :

- ☐ odpowiedniego zatrudnienia,
- ☐ szkolenia,
- ☐ uczestnictwa w terapii zajęciowej,
- ☐ konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- ☐ korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych,
- ☐ korzystania z uprawnień na podst. art. 8 ust. 3a pkt 1 ustawy z 20.06.1997r. „Prawo o ruchu drogowym” - karta parkingowa,
- ☐ korzystania ze świadczeń pomocy społecznej,
- ☐ uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego,
- ☐ uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
- ☐ zamieszkania w oddzielnym pokoju,
- ☐ korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów.

Uzasadnienie wniosku:

Sytuacja społeczna: stan cywilny liczba osób zamieszkujących razem

Źródło dochodu:* ☐ wynagrodzenie, ☐ na utrzymaniu rodziny, ☐ pomoc społeczna, ☐ emerytura/renta,

☐ zasiłek dla bezrobotnych, ☐ brak, ☐ inne

Warunki mieszkaniowe:

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania*	samodzielnie	z pomocą	opieka
Wykonywanie czynności samoobsługowych	☐	☐	☐
Prowadzenie gospodarstwa domowego	☐	☐	☐
Poruszanie	☐	☐	☐

Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego: ☐ nie, ☐ tak

Sytuacja zawodowa: wykształcenie zawód wyuczony.....
zawód wykonywany obecne zatrudnienie.....
aktywność zawodowa*: ☐ aktywny zawodowo, ☐ bezrobotny, ☐ uczeń/student, ☐ emeryt/rencista
staż pracy doświadczenie zawodowe (podać wszystkie wykonywane zawody)
.....

Oświadczam że:

- ☐ **Pobieram** / ☐ **nie pobieram*** świadczenie z ubezpieczenia społecznego (renta, emerytura):
jakie.....od kiedy.....
- ☐ **Składałem** / ☐ **nie składałem*** uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:
jeżeli tak, to kiedy.....
z jakim skutkiem.....
- Aktualnie** ☐ **toczy się** / ☐ **nie toczy się*** w mojej sprawie postępowanie przed innym organem
orzecznictwem (jakim?).....
- ☐ **Mogę** / ☐ **nie mogę*** stawić się na posiedzenie komisji. Jeżeli nie, to należy do wniosku dodatkowo
załączyć: **zaświadczenie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu
z powodu obłożnej i długotrwałej choroby, dowód osobisty wnioskodawcy do wglądu.**
- Posiadam ważne orzeczenie-** jakie podać.....
.....
- ☐ **Posiadam** / ☐ **nie posiadam*** prawo jazdy.
- Zobowiązuje się powiadomić Zespół o każdej zmianie swojego adresu do momentu zakończenia
postępowania w sprawie (art. 41 Kodeks postępowania administracyjnego)
- W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji
specjalistycznych uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza, **jestem
świadomy/a wymogu ponoszenia kosztów we własnym zakresie.**

**OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM
I JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB JEJ ZATAJENIE.**

Do wniosku należy załączyć:

- oryginał Zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wydanego dla potrzeb powiatowego
zespołu nie wcześniej niż na 30 dni przed złożeniem wniosku,
- aktualna dokumentacja medyczna dotycząca stanu zdrowia: karty informacyjne, historię
choroby, zaświadczenia, konsultacje lekarskie specjalistyczne, wyniki badań, opisy zdjęć
Rtg, badania psychologiczne, itd. (oryginał + ksero)
- poprzednich orzeczeń o stopniu niepełnosprawności wydanych przez zespoły do spraw
orzekania o niepełnosprawności lub organów rentowych (oryginał + ksero)

.....
Podpis osoby zainteresowanej lub przedstawiciela ustawowego.

* właściwe zaznaczyć krzyżykiem

KLAUZULA INFORMACYJNA RODO

Zgodnie z art. 13 RODO - Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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, zwanego dalej RODO informuje, że:

1. Administratorem Twoich danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Skarżysku-Kamiennej z siedzibą:
26-110 Skarżysko-Kamienna, Plac Floriański 1,
e-mail: on@skarzysko.powiat.pl
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować w sprawie swoich danych osobowych poprzez adres email: iod@skarzysko.powiat.pl lub pisemnie na adres administratora.
3. Podstawą prawną przetwarzania Twoich danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełniania obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w związku z realizacją zadań wynikających z aktów prawnych:
 - ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych odpowiednio w celu: wydania orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności, orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień, legitymacji osoby niepełnosprawnej,
 - ustawy z dnia 20.06.1997 r. - Prawo o ruchu drogowym, w celu wydania karty parkingowej.
4. Twoje dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazań w pkt. 3 celem przetworzenia, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z Jednolitego Rzeczonego Wykazu Akt.
5. Masz prawo do dostępu do swoich danych osobowych, żądania ich sprostowania, ograniczenia ich przetwarzania.
6. Masz prawo do żądania usunięcia danych osobowych, jeżeli dane osobowe nie są niezbędne do celów, w których zostały zebrane lub inny sposób przetwarzane.
7. W związku z przetwarzaniem Twoich danych osobowych Masz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych adres: 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2.
8. Twoje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.
9. Twoje dane osobowe zostaną ujawnione jedynie organom upoważnionym do tego przepisami prawa.
10. Twoje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.
11. Podanie danych osobowych jest niezbędne i wynika z przepisów prawa.

Potwierdzam zapoznanie się z powyższym tekstem i zrozumienie przysługujących mi praw.

.....
podpis osoby zainteresowanej lub przedstawiciela
ustawowego