

**Wniosek w sprawie wydania orzeczenia
o stopniu niepełnosprawności**

Nr sprawy: Miejscowość
Data

Imię i nazwisko
Data i miejsce urodzenia
Nr i seria dowodu osobistego (paszportu)
PESEL
Adres stałego zameldowania.....
Adres pobytu.....
Adres do korespondencji
Nr telefonu
Imię i nazwisko opiekuna prawnego (w przypadku osób poniżej 18 r.ż oraz osób
ubezwłasnowolnionych).....
PESEL opiekuna prawnego
Adres opiekuna prawnego.....

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności w Strzyżowie**
ul. Parkowa 7
38-100 S T R Z Y Ź Ó W

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

- odpowiedniego zatrudnienia,
- szkolenia,
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,
- korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. –
Prawo o ruchu drogowym (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1260, z późn. zm.),
- korzystania ze świadczeń pomocy społecznej,
- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
- uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
- korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów(wymienić
jakich).....

Cel podstawowy

Uzasadnienie wniosku:

1. sytuacja społeczna: stan cywilnystan rodzinny.....
zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

	samodzielnie	z pomocą	opieka
1) wykonywanie czynności samoobsługowych	x	x	x
2) prowadzenie gospodarstwa domowego	x	x	x
3) poruszanie się w środowisku	x	x	x

2. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego
niezbędne wskazane zbędne
 x x x

3. sytuacja zawodowa: wykształcenie
zawód
obecne zatrudnienie:

Oświadczam że:

1. pobieram świadczenie *(nie pobieram*) z ubezpieczenia społecznego:
jakie
od kiedy
2. aktualnie toczy się* (nie toczy się*) w mojej sprawie postępowanie przed innym organem
orzecznym, podać jakim
3. składałem* (nie składałem*) uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:
jeżeli tak, to kiedy,
z jakim skutkiem
- czy wnoszono odwołanie od ostatnio wydanego orzeczenia tak/nie
z jakim skutkiem
4. mogę* (nie mogę*) samodzielnie 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. w razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych,
konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone
zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez **lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia
zdrowotnego**, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy(a) odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia składane wraz z wnioskiem jest ważne przez 30 dni od daty wypełnienia przez lekarza!

Do wniosku należy dołączyć **kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałami** dokumentacji medycznej(kartoteki, karty szpitalne, wyniki istotnych badań itp.) lub kserokopie i oryginały do wglądu celem potwierdzenia za zgodność.

W przypadku osób ubezwłasnowolnionych należy dołączyć postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.

* niepotrzebne skreślić

Do wniosku należy dołączyć kserokopie konsultacji lekarzy specjalistów w leczeniu których pozostaje wnioskodawca oraz (w przypadku składania o ponowne ustalenie stopnia niepełnosprawności) poprzednie orzeczenie o stopniu niepełnosprawności a przypadku osób uczących się – opinię wychowawcy klasy na temat funkcjonowania w szkole.

KLAUZULA INFORMACYJNA
OBOWIĄZUJĄCA W POWIATOWYM CENTRUM POMOCY RODZINIE W STRYZŹOWIE
POWIATOWYM ZESPOLE DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W STRYZŹOWIE

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.5.2016r.), informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Strzyżowie - Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Strzyżowie, mające swoją siedzibę przy ul. Parkowa 7, 38-100 Strzyżów (Nr telefonu kontaktowego - tel. (17) 221 14 53 lub (17) 221 14 54, fax. (17) 2761 041, adres poczty elektronicznej email: pcpr@strzyzow.un.pl. Inspektor Ochrony Danych - iod@pcprstrzyzow.pl);
2. Pozyskane dane osobowe przetwarzane będą na podstawie przepisów prawa wynikającego z art. 6 ust.1 lit c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO – (tj. wydawania orzeczeń o stopniu niepełnosprawności - na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz przepisów wykonawczych do ww. ustawy);
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (tj. realizacji zadań wynikających z zakresu działalności instytucji);
4. Podanie danych osobowych do spełnienia w/w celu jest wymagane, ponieważ wynika z przepisów prawa, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wszczęcia postępowania administracyjnego i realizacji ustawowych zadań ciążących na administratorze;
5. Pani/Pana dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, wynikające z przepisów prawa zawartych w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt obowiązującym w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Strzyżowie, przez okres wymagany w związku z kategorią archiwalną. Ponadto okres przechowywania może się wydłużyć np. z uwagi na sytuację dochodzenia roszczeń;
6. Administrator może przekazać Pani/Pana dane innym odbiorcom. Odbiorcą danych mogą być podmioty uzyskujące dostęp do Pani/Pana danych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa;
7. Administrator nie przekazuje Pani/Pana danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych w rozumieniu RODO;
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, przenoszenia i usunięcia, a także prawo do ograniczenia przetwarzania danych lub do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, jeżeli nie jest to ograniczone poprzez inne przepisy prawne;
9. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj. *Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych*), gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r;
10. W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

Podanie przez Panią/Pana swoich danych osobowych jest dobrowolne, jednakże w przypadku nie udzielenia zgody na ich przetwarzanie nie będzie mogła/mógł Pani/Pan realizować swoich praw wynikających z trybu postępowania przy wydawaniu orzeczeń o stopniu niepełnosprawności.

Oświadczam, że zrozumiałem wszystkie informacje wyżej podane i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w treści niniejszego wniosku oraz w zakresie niezbędnych potrzeb wynikających z trybu postępowania przy wydawaniu orzeczeń o stopniu niepełnosprawności.

.....
/ podpis osoby zainteresowanej/
/lub jej przedstawiciela ustawowego/

