

**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 4  
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 cywilny .....stan 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**  
**OBOWIAZUJĄCA 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 4, 38-100 Strzyżów (Nr telefonu kontaktowego - tel./fax (17) 276 5034, 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/