

.....
(miejscowość i data)

Nr sprawy: PZO.8321.....

**Do Powiatowego Zespołu
do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
w Busku-Zdroju**

Miejsce na adnotacje urzędowe

Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

☐ Po raz pierwszy

☐ W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia

(na podstawie § 15 ust.1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności)

☐ W związku ze zmianą stanu zdrowia

(na podstawie § 15 ust.2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności)

Dane osoby zainteresowanej:

Imiona i Nazwisko: _____

Data urodzenia _____ miejsce urodzenia _____

PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| obywatelstwo _____

Numer i seria dokumentu tożsamości: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adres zameldowania _____

Adres pobytu (wypełnić jeżeli inny niż adres zameldowania) _____

Adres do korespondencji _____

Nr telefonu _____, adres e-mail _____

Dane osobowe przedstawiciela ustawowego w przypadku wniosków osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych)

Imię i Nazwisko: _____

Data urodzenia _____ miejsce urodzenia _____

PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| obywatelstwo _____

Numer i seria dokumentu tożsamości: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adres zameldowania / pobytu przedstawiciela ustawowego _____

Adres do korespondencji _____

Nr telefonu _____, adres e-mail _____

Wniosek składam dla celów:*

- | | |
|--|--|
| 1. ☐ odpowiedniego zatrudnienia | 7. ☐ korzystania ze świadczeń pomocy społecznej |
| 2. ☐ szkolenia | 8. ☐ uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego |
| 3. ☐ uczestnictwa w warsztacie terapii zajęciowej | 9. ☐ uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego |
| 4. ☐ zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze | 10. ☐ zamieszkiwania w oddzielnym pokoju |
| 5. ☐ korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji | 11. ☐ korzystania z ulg i uprawnień (wskazać jakich) |
| 6. ☐ uzyskania karty parkingowej | |

Cel podstawowy ubiegania się o orzeczenie (*wskazać tylko jeden numer*)

Stan cywilny*: ☐ kawaler/panna, ☐ żonaty/mężatka, ☐ wdowiec /wdowa, ☐ inne

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania*:

wykonywanie czynności samoobsługowych: ☐ samodzielnie ☐ z pomocą
poruszanie się ☐ samodzielnie ☐ z pomocą
prowadzenie gospodarstwa domowego ☐ samodzielnie ☐ z pomocą

Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego (*wymienić z jakiego*)

Sytuacja zawodowa:

- wykształcenie zawód wyuczony
- ☐ aktywny zawodowo, ☐ bezrobotny, ☐ uczeń / student, ☐ emeryt / rencista*
- zawód aktualnie wykonywany

Oświadczenia*:

1. ☐ **Nie pobieram** / ☐ **pobieram***: ☐ emeryturę, ☐ rentę, ☐ inne
2. ☐ Aktualnie **nie toczy się** ☐ **toczy się*** w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwa, podać jakim
3. ☐ **Nie składałem /am** / ☐ **składałem /am*** uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności, jeżeli tak, to kiedy (data komisji)
4. ☐ **Mogę** / ☐ **Nie mogę przybyć *** na posiedzenie składu orzekającego (*jeśli nie, należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej, obłożnej choroby nierokującej poprawy*).
5. **Posiadam ważne orzeczenie** - podać jakie
które zawiera informacje będące podstawą do korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów.
6. ☐ **Posiadam*** / ☐ **nie posiadam*** prawo jazdy kategorii
7. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja uznana zostanie za niewystarczającą do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, przewodniczący zespołu zawiadamia na piśmie osobę zainteresowaną o konieczności jej uzupełnienia w wyznaczonym terminie.
8. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania (zgodnie z art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego).
9. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego oświadczam, że dane zawarte w powyższym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

W załączeniu przedkładam:

1. Oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Busku-Zdroju
2. Dokumentacja medyczna potwierdzającej **aktualny** stan zdrowia (kserokopie poświadczone za zgodność z oryginałem lub kserokopie i oryginały dokumentów medycznych do wglądu)
3. Kopie posiadanych orzeczeń (*innych niż tutejszego zespołu*)
4. _____

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia Dyrektywy 95/46/WE z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 119 z dnia 4 maja 2016r.), dalej zwane jako RODO, informuję, iż:

1) Administratorem danych osobowych przetwarzanych w Starostwie Powiatowym w Busku – Zdroju jest Starosta Buski, można się z nami skontaktować:

- korespondencyjnie pod adresem: *Starostwo Powiatowe, Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Busku – Zdroju, ul. Armii Krajowej 19, 28-100 Busko – Zdrój,*
- pod adresem e-mail: *starostwo@powiat.busko.pl,*
- telefonicznie: 41 3708282.

2) Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych pod adresem email: *iod@powiat.busko.pl*.

3) Dane osobowe osób zainteresowanych zbierane i przetwarzane są w celu wydania orzeczenia o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności na podstawie:

- Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
- Art. 6 ust 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.

4) Pozyskiwane od osób zainteresowanych dane osobowe nie będą udostępniane. Pozyskane od osób zainteresowanych dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom innym, niż upoważnione na podstawie ww. przepisów prawa.

5) Odbiorcą Państwa danych będą tylko uprawnione organy, legitymujące się prawnym interesem, a w szczególności Wojewódzki Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Kielcach.

6) Dane osobowe od momentu pozyskania będą przechowywane przez okres wynikający z regulacji prawnych - kategorii archiwalnej dokumentacji, określonej w jednolitym rzeczowym wykazie akt dla organów powiatu i starostw powiatowych. Kryteria okresu przechowywania ustala się w oparciu o klasyfikację i kwalifikację dokumentacji w jednolitym rzeczowym wykazie akt.

7) Osoby zainteresowane mają prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz możliwość ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.

8) Osoby zainteresowane mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

9) W większości przypadków przetwarzanie danych osobowych wynika z przepisów prawa, a ich podawanie przez klienta jest obowiązkowe. W niektórych sprawach podawanie danych osobowych może być dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji celów, o których mowa w ust. 3. W sytuacji dobrowolności podawania danych osobowych zainteresowani zostaną o tym fakcie poinformowani.

10) Dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcom w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej.

11) Dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

* właściwe zaznaczyć krzyżykiem

.....
Czytelny podpis osoby ubiegającej się o orzeczenie lub
przedstawiciela ustawowego osoby niepełnoletniej albo opiekuna
prawnego w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej