

....., - - - - - r.  
(miejscowość) (data)

## Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

na podstawie §2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności

<b>ADRES:</b> <b>Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Opatowie</b> ul. Henryka Sienkiewicza 17 27- 500 Opatów tel. 15 868-42-09, 15 868-47-27 e-mail: <a href="mailto:pzo@opatow.pl">pzo@opatow.pl</a> <b>Godziny pracy:</b> <b>Poniedziałek-piątek 7:30-15:30</b>	<b>Nr sprawy: PZO-I.8321.2. - - - - -</b>
---	---

### Wniosek składam: \*

- 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 2003 r. 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 dziecka (osoby poniżej 16 roku życia):

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Nr PESEL ..... obywatelstwo .....

Rodzaj dokumentu tożsamości ..... seria i Nr .....

Adres zameldowania .....

Adres pobytu powyżej (powyżej 2 miesięcy).....

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zameldowania) .....

### Dane przedstawiciela ustawowego dziecka:

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego .....

Data i miejsce urodzenia .....

Nr PESEL .....obywatelstwo .....

Rodzaj dokumentu tożsamości ..... seria i numer .....

Adres zameldowania .....

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zameldowania) .....

Numer telefonu ☎ ...../ .....

\* Właściwie zaznaczyć

**Wniosek składam do celów:\***

<input type="checkbox"/> konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	<input type="checkbox"/> zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
<input type="checkbox"/> korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
<input type="checkbox"/> korzystania z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych	<input type="checkbox"/> korzystania z karty parkingowej
<input type="checkbox"/> uzyskania zasiłku stałego	<input type="checkbox"/> korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
<input type="checkbox"/> uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego	<input type="checkbox"/> inne (wymienić): .....
<input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego	

**Sytuacja społeczna i rodzinna dziecka:\***

**Warunki mieszkaniowe:** .....  
(ilość, rodzaj, wyposażenie pomieszczeń w miejscu zamieszkania - np. 5 pokoi, kuchnia, łazienka, co)

**Liczba osób zamieszkujących wspólnie :** .....

**Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:\***

	samodzielnie	z pomocą	pod opieką
WYKONYWANIE CZYNNOŚCI SAMOBSŁUGOWYCH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PORUSZANIE SIĘ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:\***  NIE;  TAK;

.....  
(jeśli TAK, wymienić ilość oraz rodzaj sprzętu usprawniającego zaburzone funkcje organizmu lub wspomagającego proces rehabilitacji)

**Dziecko**  **nie uczęszcza** /  **uczęszcza \*** **do placówki oświatowej** (np. żłobek, przedszkole, szkoła) .....  
(jeśli uczęszcza- podać nazwę placówki wraz z informacją nt. etapu edukacji- np. Szkoła Podstawowa w ... ,klasa III )

\* Właściwie zaznaczyć

## Oświadczenia:\*

1. W imieniu dziecka  nie składano /  składano uprzednio wnioski w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności w dniu \_\_-\_\_-\_\_\_\_ r.
2. Dziecko  nie posiada /  posiada orzeczenie o niepełnosprawności, wydane w dniu \_\_-\_\_-\_\_\_\_ r.; ważne do dnia \_\_-\_\_-\_\_\_\_ r.
3. Dziecko  może /  nie może przybyć na posiedzenia składu orzekającego (jeśli NIE – należy załączyć odrębne zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby).
4. Jestem świadomy/a, że przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o niepełnosprawności, Przewodniczący Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności zawiadamia na piśmie przedstawiciela ustawowego dziecka o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania (§ 6 ust. 5 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności).
5. Zobowiązuje się powiadomić Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie (art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego).
6. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny oświadczam, że dane zawarte w powyższym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.
7. Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej.

### Załączniki:

1. Klauzula informacyjna;
2. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych;
3. Dokumentacja medyczna;
4. Zaświadczenie lekarskie zawierające opis stanu zdrowia, wydane nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku przez lekarza, pod którego opieką znajduje się dziecko;
5. Inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności (wymienić):

.....  
.....

Podpis osoby składającej wniosek <sup>1</sup>

.....

<sup>1</sup> Podpis osoby zainteresowanej lub, jeżeli nie posiada ona zdolności do czynności prawnych, jej przedstawiciela ustawowego. W przypadku składania wniosku przez OPS na podstawie art. 6b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych należy przedstawić pisemny dowód wyrażenia zgody przez osobę zainteresowaną lub jej przedstawiciela ustawowego.

\* Właściwe zaznaczyć

Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Opatowie, ul. Henryka Sienkiewicza 17, 27-500 Opatów, NIP 863-145-65-93, REGON 830413930, w celu przyspieszenia kontaktu w przedmiocie poinformowania o prowadzonej w moim imieniu sprawie

numer telefonu: .....

Zostałem poinformowany o możliwości cofnięcia dobrowolnie wyrażonej zgody na przetwarzanie moich danych osobowych oraz zapoznałem się z klauzulą informacyjną w zakresie przetwarzania moich danych osobowych.

.....

Data i podpis

Szanowni Państwo

Dane osobowe w Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Opatowie są przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa Unii Europejskiej, w szczególności zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanym dalej „RODO” i przepisami krajowymi z zakresu ochrony danych osobowych.

Zgodnie z art. 13 RODO informuję, że:

1. **Administratorem Państwa danych osobowych** jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Opatowie, z którym można się skontaktować korespondencyjnie na adres: ul. Henryka Sienkiewicza 17, 27-500 Opatów, email: [pzo@opatow.pl](mailto:pzo@opatow.pl) lub **Skrytka ePUAP**: /itob629a04/SkrytkaESP  
lub telefonicznie tel. 797-994-727, 797-994-809
2. Celem przetwarzania danych osobowych jest orzekanie o stopniu niepełnosprawności lub niepełnosprawności, wydanie legitymacji osoby niepełnosprawnej i karty parkingowej.

Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych dotyczących Pani/Pana lub dziecka jest:

- ✓ w przypadku ubiegania się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
  - ✓ w przypadku ubiegania się o wydania orzeczenia o wskazaniu do ulg i uprawnień ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
  - ✓ w przypadku ubiegania się o wydanie legitymacji osoby niepełnosprawnej Rozporządzenie Ministra Gospodarki Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności,
  - ✓ w przypadku ubiegania się o wydania karty parkingowej Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2014 r. w sprawie wzoru oraz trybu wydawania i zwrotu kart parkingowych,
3. Pani/Pana lub dziecka dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcom innym niż organy publiczne, które otrzymują te dane w ramach konkretnego postępowania, zgodnie z obowiązującym prawem.
  4. Ma Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania.
  5. Przysługuje Pani/Panu również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Urząd Ochrony Danych Osobowych (00-193 Warszawa, ul. Stawki 2, tel. 22 531 03 00, fax. 22 531 03 01, e-mail kancelaria@giodo.gov.pl) jeżeli uzna, że przetwarzanie narusza przepisy RODO.
  6. Dane osobowe podlegają okresowemu przeglądowi i są przechowywane wyłącznie przez czas niezbędny do realizacji zadań wynikających z przepisów prawa. Okres przechowywania danych osobowych wynika z Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
  7. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i ma Pani/Pan obowiązek podania ich w zakresie wynikającym z przepisów prawa. W przypadku wniesienia skargi na członków i/lub pracowników Powiatowego Zespołu podanie danych osobowych jest dobrowolne, a w przypadku odmowy podania tych danych nie będzie możliwe rozpatrzenie skargi. Podanie przez Ciebie danych osobowych jest wymogiem ustawowym.

W przypadku przetwarzania danych osobowych na podstawie wyrażenia zgody, można w dowolnym momencie cofnąć zgodę na przetwarzanie danych, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody udzielonej przed jej cofnięciem, z tym że nie dotyczy to danych, które podlegają archiwizacji, zgodnie z obowiązującymi w Starostwie Powiatowym przepisami prawa.

8. Pani/Pana lub dziecka dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

\* Właściwie zaznaczyć

9. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego (czyli poza Europejski Obszar Gospodarczy), ani do organizacji międzynarodowej.
10. Administrator dokłada wszelkich starań, aby zapewnić wszelkie środki fizycznej, technicznej i organizacyjnej ochrony danych osobowych przed ich przypadkowym czy umyślnym zniszczeniem, przypadkową utratą, zmianą, nieuprawnionym ujawnieniem, wykorzystaniem czy dostępem, zgodnie ze wszystkimi przepisami powszechnie obowiązującymi.