Nr sprawy: PZON.8321.1. …………. .2024

 Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Janowie Lubelskim

 WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

(dla osób powyżej 16 roku życia)

Wnoszę *(zaznaczyć X we właściwych kratkach*):

□ 1. O wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności - osób, które nie posiadają ustalonego stopnia niepełnosprawności

□ 2. O wydanie orzeczenia o ponowne ustalenie stopnia niepełnosprawności - dla osób niepełnosprawnych, posiadających orzeczenie o stopniu niepełnosprawności z określoną datą ważności

□ 3. O ponowne wydanie orzeczenia uwzględniającego zmianę stanu zdrowia - dla osób niepełnosprawnych, które posiadają już

 orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

1. Dane osoby zainteresowanej:

……………………………………………………………………………………...…… ..……………………………….…

1. Nazwisko i imię nr telefonu:

 …………………………………………………………………………….…..……………………………………………………..

# 2. Data i miejsce urodzenia

 ……………………………………………………………………………………………………..………..

1. Seria i numer dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

 ..........................................................................................................................................................................................

1. Nr PESEL lub informację o obywatelstwie w przypadku cudzoziemca nieposiadającego numeru PESEL

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Miejsce stałego pobytu w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności

 i miejsce zamieszkania: ………………………………………………………………………………………………………….

 ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Adres do korespondencji
2. Dane przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego lub kuratora. W przypadku opiekuna lub kuratora należy dołączyć stosowne orzeczenie sądu:

Imię i nazwisko…………………………………………………………….…………………. PESEL…………………….…..…………………

Adres zamieszkania lub pobytu …………………………………………………………………………………………………………………..

II. CEL, dla którego niezbędne jest wydanie orzeczenia (*zaznaczyć X we właściwych kratkach)*:

□1.odpowiedniego zatrudnienia

□2.szkolenia

□3.zatrudnienia w Zakładzie Aktywności Zawodowej

□4.uczestnictwa w Warsztatach Terapii Zajęciowej

□5.konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne/ środki pomocnicze/ pomoce techn.

□6.korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,

□7.korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej

□8.ubiegania się o zasiłek pielęgnacyjny

□9.uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego

□10.karta parkingowa ( art. 8 ust. 3a pkt. 1 PORD)

□11.prawo do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju

□12.inne.....................................................................

 CEL PODSTAWOWY: pkt. ……………………

III. UZASADNIENIE WNIOSKU \*:

1. Sytuacja społeczna: stan cywilny.....................................................stan rodzinny.....................................................................

2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

 samodzielnie z pomocą opieka

- wykonywanie czynności samoobsługowych □ □ □

- prowadzenie gospodarstwa domowego □ □ □

- poruszanie się w środowisku □ □ □

3. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego niezbędne wskazane zbędne

 □ □ □

4. Sytuacja zawodowa: wykształcenie............................................................zawód.......................................................................

 obecne zatrudnienie.......................................................................................................................................................................

IV. OŚWIADCZAM, że: (\*wypełnić lub *zaznaczyć X we właściwych kratkach)*

1. □ pobieram świadczenie, jeżeli tak: wpisać jakie i jakiego organu ………………………….…...................................... lub / □ nie pobieram świadczenia
2. □ składałem wcześniej wniosek o wydanie orzeczenia, jeżeli „TAK” to kiedy*.................................................................... .*

z jakim skutkiem*............................................................* nr orzeczenia*………………………………….……………* lub /

 □ nie składałem uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności

1. □ mogę lub □ nie mogę samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego
2. □ zostałem pouczony o treści art. 41 § 1 Kpa (Dz. U. z 2021 r. poz. 735, ze zm.), tj.: *w toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swojego adresu, w tym adresu elektronicznego* oraz jestem świadomy, że *w razie zaniedbania obowiązku określonego
w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.*
3. Aktualnie: □ toczy się / □ nie toczy się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym, podać jakim: ……………………………………………………………………………………………………………………………………

V. Załączniki do wniosku*: ……………………………………………………………………………………………………………………………………*

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….................*

Oświadczam, że:

- dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy: art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. 2022 r., poz. 1138 z późn. zm), tj. *kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat,*

- złożona dokumentacja w celu wydania orzeczenia jest autentyczna i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów: art. 270 § 1 wyżej przywołanej *ustawy, tj. kto, w celu użycia za autentyczny, podrabia lub przerabia dokument lub takiego dokumentu jako autentycznego używa, podlega karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.*

Data: …………………….………………..

Podpis osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego …………………….………………………………………..…………….……

**Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności należy złożyć:**

1. Czytelnie podpisany oryginał powyższego wniosku **(dokładnie wypełnić każdą rubrykę),**
2. Oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wydanego dla potrzeb zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności **(dokument jest ważny przez 30 dni od daty wystawienia przez lekarza),**
3. Kserokopie wszelkiej dokumentacji, potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności np. karty informacyjne leczenia szpitalnego, konsultacje specjalistyczne, historia choroby, opinie, opis zdjęć RTG, EKG, EEG itp. – **przyjmowane są oryginały lub kserokopie wraz z oryginałami do potwierdzenia zgodności** lub kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez np. placówkę służbę zdrowia,
4. **Obowiązkowo kserokopie poprzednich orzeczeń** (jeżeli takie były wydane).

…............................................................. …...................................................

 (imię i nazwisko wnioskodawcy)¹ (miejscowość, data)

….............................................................

 (nr PESEL)

**OŚWIADCZENIE**

o miejscu pobytu stałego

 Pouczony/a o treści art. 25 ust.1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności (j. t.: Dz. U. z 2022 r. poz. 1191 z późn. zm.) zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że moim miejscem pobytu stałego/miejscem pobytu stałego dziecka/miejscem pobytu

stałego osoby w imieniu której składam wniosek² jest:

…...........................................................................................................................................................

(adres miejsca pobytu stałego)

 Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (j. t.: Dz. U. z 2024 r. poz. 17) - **kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8**, potwierdzam że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

 …........…...............................................................................

 (podpis)

¹Osoba, której dotyczy wniosek o wydanie orzeczenia

²Niepotrzebne skreślić

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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 (zwanym dalej Rozporządzenie RODO), informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Janowie Lubelskim.
2. Ma Pani/Pan prawo kontaktu z Inspektorem Ochrony Danych (IOD) Jerzy Rząd za pomocą adresu e-mail: jrzad@powiatjanowski.pl oraz pod numerem telefonu 15 8725467
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rejestracji, analizy i realizacji wniosków o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, wskazaniach do ulg i uprawnień, wydawania legitymacji osoby niepełnosprawnej oraz karty parkingowej.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest:
* w przypadku ubiegania się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności oraz orzeczenia o stopniu niepełnoprawności – Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
* w przypadku ubiegania się o wydanie legitymacji osoby niepełnosprawnej - Ustawa o rehabilitacji zawodowej
i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy
i Polityki Społecznej w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności,
* w przypadku ubiegania się o wydanie karty parkingowej Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej
w sprawie wzoru oraz trybu wydawania i zwrotu kart parkingowych
* art. 6 ust. 1 lit. e RODO (przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi),
* art. 9 ust. 2 lit. b, c, j RODO (przetwarzanie szczególnej kategorii danych osobowych).
1. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa,
a także podmioty, którym na podstawie zawartej umowy powierzono przetwarzanie danych osobowych.
2. Dane osobowe, po zrealizowaniu celu dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane w celach archiwalnych
i przechowywane przez okres niezbędny wynikający z przepisów prawa w szczególności dotyczących archiwizowania dokumentów obowiązujących u Administratora.
3. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych umożliwiających identyfikację, jest wymogiem wynikającym
z przepisów prawa, jeśli Administrator tych danych nie będzie posiadał, sprawa nie będzie mogła zostać rozpatrzona.
4. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
5. Przysługuje Pani/Panu prawo żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych oraz
ich prostowania.
6. Przysługuje Pani/Panu także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia.
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z przysługującymi mi prawami.

 ....................................................................................
data iczytelny podpis osoby zainteresowanej

 lub w przypadku osoby niepełnoletniej

 podpis matki, ojca lub opiekuna prawnego