

.....  
Data wpływu wniosku

PZON- ...../...../.....  
Nr sprawy

**POWIATOWY ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W ŻYWCU**

**ul. KS.PR.ST. SŁONKI 24 tel: ( 33) 861-70-49**

**WNIOSEK**

**W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

(właściwe zaznaczyć):

- składany po raz pierwszy
- składany o kontynuację orzeczenia (nie wcześniej niż 2 miesiące przed upływem ważności posiadanego orzeczenia)
- składany o zmianę orzeczenia z powodu pogorszenia / zmiany stanu zdrowia

**DANE PERSONALNE OSOBY ZAINTERESOWANEJ/ WNIOSKODAWCY:**

Imię pierwsze.....Imię drugie.....Nazwisko.....

Data urodzenia ..... Miejsce urodzenia.....

Seria i numer dokumentu tożsamości ( dowód osobisty, paszport, prawo jazdy, legitymacja szkolna).....

Obywatelstwo..... PESEL

Telefon kontaktowy.....

Adres zameldowania na pobyt stały:

Miejscowość	Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Kod pocztowy	Poczta
.....	.....	.....	.....	.....	.....

Adres zamieszkania: ( wpisać, jeżeli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na pobyt stały )

Miejscowość	Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Kod pocztowy	Poczta
.....	.....	.....	.....	.....	.....

Adres do korespondencji : (wpisać, jeżeli jest inny niż wskazany powyżej)

Miejscowość	Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Kod pocztowy	Poczta
.....	.....	.....	.....	.....	.....

**DANE PERSONALNE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/WNIOSKODAWCY:**  
 ( dotyczy osób które ukończyły 16 rok życia, a nie ukończyły 18 roku życia); **PEŁNOMOCNIKA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO** ( w przypadku jeżeli została ustanowiona opieka prawna lub udzielone pełnomocnictwo należy wypełnić poniższe dane oraz załączyć kserokopię oraz oryginał do wglądu udzielonego pełnomocnictwa lub dokumentu ustanawiającego opiekę prawną).

Imię pierwsze.....Imię drugie.....Nazwisko.....

Data urodzenia ..... Miejsce urodzenia.....

Seria i numer dokumentu tożsamości ..... Obywatelstwo.....

PESEL

Adres zameldowania na pobyt stały:

Miejscowość	Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Kod pocztowy	Poczta
.....	.....	.....	.....	.....	.....

Adres zamieszkania: ( wpisać, jeżeli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na pobyt stały )

Miejscowość	Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Kod pocztowy	Poczta
.....	.....	.....	.....	.....	.....

Adres do korespondencji :(wpisać, jeżeli jest inny niż wskazany powyżej)

Miejscowość	Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Kod pocztowy	Poczta
.....	.....	.....	.....	.....	.....

**Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów:** ( właściwe zaznaczyć)

- 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 karty parkingowej
- korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- inne .....

**CEL PODSTAWOWY:**.....

( należy wpisać cel podstawowy jeżeli zaznaczono więcej niż jeden cel)

## UZASADNIENIE WNIOSKU:

1. **Sytuacja społeczna:** stan cywilny (właściwe zaznaczyć) :  kawaler/ panna  
 żonaty/ zamężna  
 rozwiedziony/ rozwiedziona  
 separowany/ separowana  
 wdowiec/ wdowa

### 2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

- wykonywanie czynności samoobsługowych (właściwe zaznaczyć):  samodzielnie  z pomocą  opieka  
- poruszanie się (właściwe zaznaczyć):  samodzielnie  z pomocą  opieka  
- prowadzenie gospodarstwa domowego (właściwe zaznaczyć):  samodzielnie  z pomocą  opieka

### 3. Sytuacja zawodowa:

- wykształcenie (właściwe zaznaczyć):  podstawowe  zasadnicze zawodowe  średnie  wyższe  
- zawód wyuczony .....  
- aktualnie wykonuje pracę zarobkową (właściwe zaznaczyć):  tak - zawód wykonywany ..... nie

## OŚWIADCZAM, ŻE

1.  mogę przybyć samodzielnie  mogę przybyć z opiekunem  nie mogę przybyć na posiedzenie sądu orzekającego ( jeżeli nie, należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej, długotrwałej choroby),  
2.  nie składałem  składałem uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności i otrzymałem orzeczenie nr.....termin ważności .....  
3.  nie posiadam  posiadam orzeczenie komisji ZUS, KRUS, MSWiA jakie:.....  
4. 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.  
5. Informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą pociąga za sobą odpowiedzialność karną przewidzianą w art. 233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego.

.....  
data i podpis Wnioskodawcy

### DO WNIOSKU NALEŻY ZAŁĄCZYĆ:

1. Oryginał zaświadczenia o stanie zdrowia wydanego przez lekarza stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszego wniosku (**zaświadczenie winno zawierać pieczętki i podpisy w przeznaczonych do tego miejscach oraz musi być wypełnione czytelnie**).
2. Poświadczony za zgodność z oryginałem kserokopie kart leczenia szpitalnego (o ile takie leczenie miało miejsce) lub kserokopie kart leczenia szpitalnego wraz z oryginałem w celu uwierzytelnienia przez pracowników Zespołu.
3. Poświadczony za zgodność z oryginałem kserokopie innych dokumentów dotyczących stanu zdrowia mogących mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności (np. historia choroby, wyniki badań diagnostycznych, konsultacje specjalistyczne itd.) lub kserokopie tych dokumentów wraz z oryginałami w celu uwierzytelnienia przez pracowników Zespołu.

**Uwaga!** We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki. W przypadku gdy wniosek będzie zawierał pola niewypełnione, Wnioskodawca zostanie wezwany do jego uzupełnienia. Do wniosku należy również załączyć wszystkie wymagane załączniki.

**KLAUZULA INFORMACYJNA  
DLA KLIENTÓW POWIATOWEGO ZESPOŁU DS. ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI  
W ŻYWCU**

Na podstawie art. 13 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych zwane dalej „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Żywcu:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Żywcu, ul. Ks. Prał. St. Słonki 24, 34-300 Żywiec.
2. Podmiotem przetwarzającym w imieniu Administratora jest Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.
3. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, e-mail [iodo@marwikpoland.pl](mailto:iodo@marwikpoland.pl)
4. Zebrane dane osobowe są przetwarzane przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Żywcu na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, w celu realizacji zadania ustawowego wynikającego z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz rozporządzeń wykonawczych do tej ustawy tj. w celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.
5. Dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych.
6. Dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom w celu prawidłowej realizacji zadań na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych lub instytucjom uprawnionym do przetwarzania danych osobowych na mocy przepisów prawa.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane w czasie określonym przepisami prawa oraz zgodnie z rzeczowym wykazem akt PCPR w Żywcu.
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony danych Osobowych (na adres Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa), gdy stwierdzone zostanie, że dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z przepisami prawa.
10. Przysługuje Pani/Panu prawo do:
  - a) dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępnianie dane osobowe nie mogą ujawniać danych osób trzecich,
  - b) sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO,
  - c) żądania usunięcia danych po upływie okresu, o którym mowa w pkt. 7.
11. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
12. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe, w przypadku braku podania danych osobowych realizacja zadania przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Żywcu będzie niemożliwa.

Oświadczam, że zapoznałem się oraz akceptuję powyższe informacje.

Data .....czytelny podpis klienta.....