

Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności powyżej 16 roku życia.NALEŻY WYPEŁNIAĆ **WIELKIMI LITERAMI.**

Nr sprawy:.....

Człuchów, dnia

Wniosek o wydanie orzeczenia składam: (zaznacz znakiem X)	
<input type="checkbox"/>	po raz pierwszy
<input type="checkbox"/>	po raz kolejny w związku z wygaśnięciem poprzedniego orzeczenia (<i>wniosek można złożyć nie wcześniej niż na 30 dni przed upływem ważności poprzedniego orzeczenia</i>)
<input type="checkbox"/>	w związku ze zmianą stanu zdrowia - podwyższenie stopnia niepełnosprawności

DANE WNIOSKODAWCY:

Imię i nazwisko:	
Data i miejsce urodzenia:	
PESEL:	
Nr dowodu osobistego:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES ZAMIESZKANIA WNIOSKODAWCY:

Miejscowość:	
Ulica, nr domu, nr lokalu:	
Kod pocztowy i poczta:	
Adres pobytu: <i>(należy podać jeżeli jest inny niż powyżej)</i>	
Adres do korespondencji: <i>(należy podać jeżeli jest inny niż powyżej)</i>	

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO:*- dotyczy osób ubezwłasnowolnionych i poniżej 18 roku życia*

Imię i nazwisko:	
Adres zamieszkania:	

Zwracam się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów: (zaznacz znakiem X)

<input type="checkbox"/>	odpowiedniego zatrudnienia
<input type="checkbox"/>	szkolenia, w tym specjalistycznego
<input type="checkbox"/>	zatrudnienia z zakładzie aktywności zawodowej
<input type="checkbox"/>	uczestnictwa w terapii zajęciowej
<input type="checkbox"/>	konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
<input type="checkbox"/>	korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
<input type="checkbox"/>	konieczności stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji
<input type="checkbox"/>	korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 z ustawy z 20.06.1997 <i>Prawo o ruchu drogowym</i> – uzyskania karty parkingowej
<input type="checkbox"/>	zamieszkiwania w oddzielnym pokoju

SYTUACJA SPOŁECZNA WNIOSKODAWCY:			
Stan cywilny:			
Stan rodziny: -ile osób zamieszkuje razem			
ZDOLNOŚĆ DO SAMODZIELNEGO FUNKCJONOWANIA (zaznacz znakiem X):			
wykonywanie czynności samoobsługowych	<input type="checkbox"/>	samodzielnie	<input type="checkbox"/>
			z pomocą innej osoby
poruszanie się w środowisku	<input type="checkbox"/>	samodzielnie	<input type="checkbox"/>
			z pomocą innej osoby
prowadzenie z gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/>	samodzielnie	<input type="checkbox"/>
			z pomocą innej osoby
SYTUACJA ZAWODOWA WNIOSKODAWCY:			
Wykształcenie:			
Zawód:			
Obecne zatrudnienie: - jeśli tak podać miejsce i wykonywany zawód			
KORZYSTANIE ZE SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO (zaznacz znakiem X):			
<input type="checkbox"/>	niezbędne	<input type="checkbox"/>	wskazane
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	zbędne

Oświadczam, że (niewłaściwe skreślić):

1. **Pobieram / nie pobieram** świadczenia z ubezpieczenia społecznego

jakie _____

2. Aktualnie **toczy się /nie toczy się** w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym, podać jakim _____

3. **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).

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. Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za poświadczeniem nieprawdy lub zatajenie prawdy.

6. Zapoznałem/-am się z klauzulami informacyjnymi PCPR Człuchów i PZOoN Człuchów.

Podpis osoby zainteresowanej lub przedstawiciela ustawowego, jeśli podpis nie jest możliwy - tuszowy odcisk palca:
.....

Do wniosku dołącza się:

• **zaświadczenie lekarskie wydane dla potrzeb Zespołu Orzekania o Niepełnosprawności – oryginał** – zawierające opis stanu zdrowia tj. rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących (ważność zaświadczenia lekarskiego- 30 dni przed dniem złożenia wniosku);

• wyniki badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych potwierdzających rozpoznanie (kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem);

• inne posiadane dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności, np. karty informacyjne leczenia szpitalnego, opis zdjęć RTG, wyniki EEG, USG, gastroscopia, spirometria, wyniki testów alergologicznych, konsultacje, w tym psychologiczne (kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem);

• kserokopię orzeczenia innego organu rentowego (ZUS, KRUS, MSWiA, MON, KiZ).

KLAUZULA INFORMACYJNA PCPR CZŁUCHÓW

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Kierownik Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Człuchowie**, ul. Wojska Polskiego 5, adres e-mail: pcprczluchow@gmail.com, tel 59 715 49 80.

2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych — Michał Gruchala email: Tel 793949614 inspektorochronydanych@o2.pl. Z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Człuchowie może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych.

3. **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Człuchowie** może przetwarzać Pani/Pana dane osobowe, na podstawie:

- ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych,
- ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej
- ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej
- ustawa z dnia 29 lipca 2015 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie
- ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych • ustawy z dnia 11 lutego 2016 r o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci
- Ustawa z dnia 10 maja 2018r. o ochronie osobowych
- udzielonej zgody.

4. Dane przetwarzane są na podstawie **ROZPORZĄDZENIA 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 ART.6 ust. 1 c, d, e, jak również na podstawie art. 9 ust. 2, b, c, f, h, i, f, h, i

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.

5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania na podstawie określonej w pkt 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji lub innych przepisach prawa.

6. W związku z przetwarzaniem przez **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Człuchowie**, Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do: - dostępu do treści danych; - sprostowania danych; - ograniczenia, usunięcia, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych — w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów prawa; - prawo do wycofania udzielonej wcześniej zgody.

7. W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Człuchowie** Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych można kontaktować się z Administratorem Danych Osobowych **Kierownikiem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Człuchowie**.

KLAUZULA INFORMACYJNA PZOON

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Człuchowie**, ul. Wojska Polskiego 5, adres e-mail: pcprczluchow@gmail.com, Tel. 59 715 49 80.

2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych — Michał Gruchala, Tel.: 793949614, email: inspektorochronydanych@o2.pl. Z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Człuchowie może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych.

3. **Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Człuchów** może przetwarzać Pani/Pana dane osobowe, na podstawie:

- ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych,
- ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych,
- udzielonej zgody,

4. Współadministratorem danych zgromadzonych w Elektronicznym Krajowym Systemie Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności jest **Pełnomocnik Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych oraz minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego**.

5. Dane przetwarzane są na podstawie **ROZPORZĄDZENIA 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 ART.6 ust. 1 c, d, e, jak również na podstawie art. 9 ust. 2, b, c, f, h, i. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być wyłącznie podmioty uprawnione w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.

6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania na podstawie określonej w pkt 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji lub innych przepisach prawa.

7. W związku z przetwarzaniem przez **Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Człuchowie** Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do:

- dostępu do treści danych;
- sprostowania danych;
- ograniczenia, usunięcia, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych – w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów prawa;
- prawo do wycofania udzielonej wcześniej zgody.

8. W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez **Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Człuchowie** Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych można kontaktować się z Administratorem Danych Osobowych - **Powiatowym Zespołem do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Człuchowie**.

.....
PODPIS