

Wniosek o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień

Nr sprawy**:
.....
..... miejscowość i data

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Nr i seria dowodu osobistego PESEL/...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Adres zameldowania (stały, czasowy)

Adres pobytu (korespondencyjny)

..... telefon

Do Powiatowego / Miejskiego* Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień.

Posiadam ważne orzeczenie o:*

1. zaliczeniu do jednej z grup inwalidzkich,
2. niezdolności do pracy wydane przez lekarza orzecznika ZUS,
3. niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym.

wydane w dniu przez

na okres, które nie zawiera informacji będących podstawą do korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów.

Uzyskanie orzeczenia niezbędne jest w celu

- ☐ odpowiedniego zatrudnienia
- ☐ szkolenia,
- ☐ zatrudnienie w zakładzie aktywności zawodowej,
- ☐ uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
- ☐ konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- ☐ korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki,
- ☐ świadczenie pielęgnacyjne,
- ☐ zasiłek pielęgnacyjny,
- ☐ korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie art. 8 ust. 1 -Prawa o ruchu drogowym ze względu na ograniczenia sprawności ruchowej
- ☐ uzyskania prawa do zamieszkania w oddzielnym pokoju (dotyczy osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich oraz osób, których niepełnosprawność wymaga zamieszkiwania w oddzielnym pokoju).
- ☐ korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów (jakich?)

Dane dotyczące sytuacji społecznej i zawodowej osoby zainteresowanej

- a) stan cywilny
- b) stan rodzinny
- c) zdolność do samodzielnego funkcjonowania:
- wykonywanie czynności samoobsługowych samodzielnie / z pomocą* (właściwie zakreślić)
 - prowadzenie gospodarstwa domowego samodzielnie / z pomocą* (właściwie zakreślić)
 - poruszanie się w środowisku samodzielnie / z pomocą* (właściwie zakreślić)
- d) korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego: niezbędne / wskazane / zbędne* (właściwie zakreślić)
(jakiego?)
- e) sytuacja zawodowa
- wykształcenie
- zawód obecne zatrudnienie

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
2. Przyjmuję do wiadomości, że od orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień nie przysługuje odwołanie.

Do wniosku załączam:

1. Orzeczenie o inwalidztwie lub niezdolności do pracy wydane przez organ rentowy,
2. Posiadaną dokumentację medyczną,
3. Inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie wskazań do ulg i uprawnień /podać jakie/
.....

.....
podpis osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego

Dotyczy wniosków składanych za pośrednictwem Instytucji Pomocy Społecznej

Oświadczam, że wyrażam zgodę na złożenie wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności przez

.....
stwierdzenie własnoręcznego podpisu
przez pracownika socjalnego

.....
podpis osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego

* niepotrzebne skreślić

** Nr sprawy wpisuje pracownik Zespołu

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 ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Ostrowi Mazowieckiej reprezentowany przez Przewodniczącą z siedzibą w Ostrowi Mazowieckiej przy ul. Widnichowskiej 20, 07-300 Ostrów Mazowiecka, tel. 29 645 53 97, e-mail: pzon@powiatostrowmaz.pl;
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych z którym może Pani/Pan kontaktować się w sprawach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: biuro@inbase.pl lub pod numerem telefonu 22 3500140;
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;
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest:
 - w przypadku ubiegania się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, orzeczenia o stopniu niepełnosprawności oraz orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień - 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,
5. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa, a także podmioty, którym na podstawie zawartej umowy powierzono przetwarzanie danych osobowych;
6. 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;
7. 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;
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
9. Przysługuje Pani/Panu prawo żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych oraz ich prostowania;
10. 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;
11. 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.

Zapoznałem(am) się:.....
(data, czytelnie imię i nazwisko)

ZGODA NA WYKORZYSTYWANIE NUMERU TELEFONU

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonu przez administratora danych tj. Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Ostrowi Mazowieckiej, reprezentowany przez Przewodniczącą w celu nawiązania kontaktu w dotyczących mnie rozpatrywanych sprawach. Oświadczam, że mam świadomość, iż podanie danych jest dobrowolne oraz że zgoda może być cofnięta w każdym czasie. Nr telefonu:

.....

.....
(data, czytelnie imię i nazwisko)