

2. sytuacja zawodowa:

wykształcenie – niepełne podstawowe – podstawowe – zawodowe – średnie – wyższe*

zawód wyuczony

obecne zatrudnienie TAK/NIE (nazwa zakładu pracy).....

zawód wykonywany.....

Oświadczam, że:

1. pobieram świadczenie (nie pobieram)* z ubezpieczenia społecznego (renta, emerytura) jakiego
od kiedy (dokładna data).....
2. aktualnie **toczy się (nie toczy się)*** w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznym, podać jakim
3. **składałem (nie składałem)*** uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności: kiedy:.....
z jakim skutkiemNr orzeczenia.....
4. **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).**
5. 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 społecznego**, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
6. **Posiadam prawo jazdy TAK / NIE * kategoriiNr.....**
Wydane przez.....
Posiadam pozwolenie na kierowanie tramwajem TAK / NIE *
Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego, w ciągu miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku,
2. Posiadaną dokumentację medyczną,
3. Inne dokumenty, jakie

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

* niepotrzebne skreślić

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Inowrocławiu, dla celów ustalenia stopnia niepełnosprawności zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.

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

Wniosek o ponowne ustalenie stopnia niepełnosprawności (nie dotyczy wniosku o zmianę stanu zdrowia) należy składać nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż wniosek zostanie rozpatrzony po wygaśnięciu ważności poprzedniego orzeczenia.

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

W toku postępowania administracyjnego, strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy, mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swego adresu, zgodnie z Kodeksem postępowania administracyjnego. W przeciwnym razie, pismo wysłane na podany, nieaktualny adres, zostanie włączone do akt sprawy, ze skutkiem doręczenia.

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb
Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności**

Miejscowość....., data

(ważne 1 miesiąc od daty wypełnienia)

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania

Nr PESEL.....

Nr i seria dowodu osobistego

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja - rodzaje czas trwania, pobyt w szpitalu, sanatorium:

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych (w załączeniu)

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

Tak / Nie *

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (rok)

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (rok)

W/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

Tak / Nie *

W/w Pan/i jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.

Tak / Nie *

.....
pieczęć i podpis lekarza

* niepotrzebne skreślić

Zaświadczenie powinno być w całości wypełnione w języku polskim przez lekarza opisującego stan zdrowia wnioskodawcy (dotyczy również danych osobowych wnioskodawcy).

KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, RODO), informuję, iż:

1. **Administratorem Twoich danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności** z siedzibą w Inowrocławiu ul. Mątewska 17, 88-100 Inowrocław, reprezentowany przez Przewodniczącego Zespołu.
2. **Inspektorem Ochrony Danych jest: Inspektor wyznaczony dla Starostwa Powiatowego w Inowrocławiu. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych:** Biuro Ochrony Informacji Niejawnych, Zarządzania Kryzysowego i Spraw Obywatelskich, e-mail służbowy: zarzadzanie.kryzysowe@inowroclaw.powiat.pl, tel. służbowy: 52 357 00 16.
3. Możesz kontaktować z nami w następujący sposób: listownie (na adres Administratora), e-mailowo i telefonicznie (podane w punkcie 1 i 2).
4. **Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:**
 - **wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**, uzyskania ulg i uprawnień na podstawie obowiązku wynikającego z art. 6 i 6 b ust.1 oraz art. 6 d ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1172 z późn. zm.), § 6 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z 2018 r., poz. 2027), rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 r. w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16 roku życia (Dz. U. 2002 r., Nr 17, poz. 162), rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2007 r. w sprawie wykonywania badań specjalistycznych na potrzeby orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z 2007 r., Nr 250, poz. 1875) oraz art. 6 ust 1 lit c, art. 9 ust. 2 lit. b, art. 10 RODO.
 - **wydania legitymacji dokumentującej niepełnosprawność lub stopień niepełnosprawności (LON)** na podstawie obowiązku wynikającego z art.6 ca ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1172 z późn. zm.), § 35 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności oraz art. 6 ust 1 lit c, art. 9 ust. 2 lit. B RODO.
 - **wydania karty parkingowej dla osoby niepełnosprawnej lub placówki**, na podstawie obowiązku wynikającego z art. 8 ustawy Prawo o ruchu drogowym (t. j. Dz. U. 2018 r., poz. 1990 z późn. zm.), rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2014 r. w sprawie wzoru oraz trybu wydawania i zwrotu kart parkingowych (Dz. U. 2016, poz. 1438), rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 czerwca 2014 r. w sprawie rodzaju placówek uprawnionych do uzyskania karty parkingowej (Dz. U. 2014, poz. 818), rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2014 r. w sprawie wysokości opłaty za wydanie karty parkingowej oraz warunków dystrybucji blankietów kart parkingowych (Dz. U. 2014 r., poz. 843), oraz art. 6 ust 1 lit c, art. 9 ust. 2 lit. b RODO.
5. Podanie Pani/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym, jest obowiązkowe.

6. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
7. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez okres wskazany w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
8. (Dz. U. z 2019 r., poz. 1172 z późn. zm.), gdy dotyczy:
 - wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – 50 lat,
 - wydania legitymacji dokumentującej niepełnosprawność lub stopień niepełnosprawności - 50 lat,
 - wydania karty parkingowej dla osoby niepełnosprawnej lub placówki – 50 lat,a następnie zostaną usunięte.
9. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez Administratora masz prawo do:
 - dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO;
 - sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;
 - usunięcia danych, na podstawie art. 17 RODO, jeżeli:
 - Dane osobowe przestaną być niezbędne do celów, w których zostały zebrane lub w których były przetwarzane,
 - Dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z prawem,
 - ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO;
10. Przysługuje Pani/Pana skarga do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
11. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Inowrocław, dnia

podpis wnioskodawcy lub jego przedstawiciela ustawowego