

Dane osobowe przedstawiciela ustawowego (wypełnić w przypadku gdy wnioskodawcą jest dziecko w wieku 16-18 lat lub osoba ubezwłasnowolniona – należy potwierdzić ten fakt wyrokiem sądu):

Nazwisko	<input type="text"/>
Imię (pierwsze)	<input type="text"/>
Imię (drugie)	<input type="text"/>
PESEL	<input type="text"/>

Data i miejsce urodzenia:

obywatelstwo:

Seria i numer dokumentu tożsamości:

rodzaj dokumentu tożsamości: dowód osobisty, paszport, prawo jazdy, inne

Adres zameldowania/pobytu przedstawiciela ustawowego:

.....,

miejsowość *ulica, numer domu, numer lokalu*

.....,

kod pocztowy *poczta* *gmina*

Adres do korespondencji (wypełnić, jeśli inny niż adres zameldowania/pobytu):

.....,

miejsowość *ulica, numer domu, numer lokalu*

.....,

kod pocztowy *poczta* *numer telefonu*

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> odpowiedniego zatrudnienia, | <input type="checkbox"/> uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego, |
| <input type="checkbox"/> szkolenia, | <input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego, |
| <input type="checkbox"/> uczestnictwa w terapii zajęciowej, | <input type="checkbox"/> zamieszkiwania w oddzielnym pokoju, |
| <input type="checkbox"/> konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, | <input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze, |
| <input type="checkbox"/> korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, | <input type="checkbox"/> innych (jakich?) |
| <input type="checkbox"/> korzystania z karty parkingowej, | |
| <input type="checkbox"/> korzystania ze świadczeń z pomocy społecznej, | |

cel podstawowy (określić jeden z powyższych):

Dane dotyczące sytuacji społecznej i zawodowej:

- stan cywilny: kawaler/panna, żonaty/zamężna, wdowiec/wdowa, rozwiedziony/rozwiedziona, separowany/separowana

- zdolność do samodzielnego funkcjonowania

	samodzielnie	z pomocą	opiekun
wykonywanie czynności samoobsługowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
poruszanie się w środowisku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prowadzenie gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- wykształcenie: podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego, podstawowe, zasadnicze, średnie, wyższe

- zawód wyuczony

- wykonuję pracę zarobkową: TAK, NIE

- zawód wykonywany

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że **pobieram/nie pobieram*** świadczenie rentowe na podstawie orzeczenia o (podać jakiego)
wydanego przez: **ZUS / KRUS / MSWiA*** w

2. **Posiadam/nie posiadam*** orzeczenie organu rentowego i zapoznałem/am się z możliwością skorzystania z uproszczonej procedury wynikającej z art. 5a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz 511), zgodnie z którym osoby posiadające ważne orzeczenie wydane przez organ rentowy mogą złożyć do zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności wnioski o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień, od którego nie przysługuje odwołanie.

3. Oświadczam, że **posiadam/nie posiadam*** orzeczenie o **niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności*** wydane przez **Powiatowy/Wojewódzki*** Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w:
data wydania:
wynik komisji:

4. Oświadczam, że **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 i 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, **jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**

6. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, przewodniczący Zespołu zawiadamia na piśmie o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.

7. **Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu pobytu do momentu zakończenia postępowania w sprawie.**

Art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. 2017 poz. 1257)

§ 1. W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swego adresu.

§ 2. W razie zaniedbania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

8. **Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

Art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. 2017 poz. 2204)

§ 1. 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 do lat 3.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

9. **Wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności jest autentyczna i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów.**

Art. 270 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. 2017 poz. 2204)

§ 1. Kto, w celu użycia za autentyczny, podrabia lub przerabia dokument lub takiego dokumentu jako autentycznego używa, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Tej samej karze podlega, kto wypełnia blankiet, zaopatrzony cudzym podpisem, niezgodnie z wolą podpisanego i na jego szkodę albo takiego dokumentu używa.

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

* niewłaściwe skreślić

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

UWAGA:

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

- ✓ Czytelnie podpisany oryginał powyższego wniosku (**dokładnie wypełnić każdą rubrykę**).
- ✓ Oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wydanego dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności (**dokument jest ważny przez 30 dni od daty wystawienia przez lekarza**).
- ✓ Kserokopie (**poświadczone za zgodność z oryginałem**) wszelkiej dokumentacji, potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności, np.: karty informacyjne z leczenia szpitalnego, historie choroby, badania specjalistyczne, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie. /kserokopia dokumentacji medycznej poświadczona za zgodność z oryginałem powinna zawierać: oznaczenie organu (pieczęć nagłówkowa), pieczęć urzędową „za zgodność z oryginałem”, czytelny podpis osoby upoważnionej do jej poświadczenia lub skrócony podpis (parafka) w przypadku postawienia pieczęci imiennej z pełnioną funkcją lub stanowiskiem przez upoważnionego pracownika/

KLAUZULA INFORMACYJNA

o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Płocku

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 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 zwanego Rozporządzeniem, Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Płocku informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Płocku z siedzibą przy ul. Zgliczyńskiego 4, tel. 24 364 02 59, e-mail: sekretariat@mopsplock.eu;
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować pod nr telefonu 24 3640276 i pod adresem e-mail: iodo@mopsplock.eu;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 511) w celu realizacji obowiązków z niej wynikających.
4. Wszelkie dane osobowe pozyskane przez Administratora przetwarzane są w formie papierowej i elektronicznej.
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. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat w przypadku orzekania i 5 lat w przypadku wydawania legitymacji i kart parkingowych, zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Płocku oraz zgodnie z przepisami ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 217 z późn. zm.).
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem wynikającym z przepisów ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
9. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania;
10. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania;
11. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną

.....

data i podpis wnioskodawcy