

Numer sprawy: PZON-.....

Poprzedni numer sprawy: PZON-.....

☐ sprawdzono z dokumentem potwierdzającym tożsamość

☐ sprawdzono w bazie ogólnopolskiej systemu EKSMOoN

☐ wprowadzono do bazy systemu EKSMOoN

UWAGI:.....

**WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU
NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (dotyczy osób po 16 roku życia)**

Wnoszę o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (proszę wstawić JEDEN „☒” w odpowiednie miejsce):

Po raz pierwszy - (dotyczy osób nieubiegających się dotychczas o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności / o stopniu niepełnosprawności)	
W związku ze zmianą stanu zdrowia - (dotyczy osób posiadających ważne [ostateczne i prawomocne] orzeczenie o stopniu niepełnosprawności i ubiegają się o jego zmianę)	
Ponowne wydanie orzeczenia - w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia (dotyczy osób, u których ważność orzeczenia upłynie w ciągu najbliższych 30 dni [UWAGA - WNIOSEK NALEŻY ZŁOŻYĆ NIE WCZEŚNIEJ NIŻ NA 30 DNI PRZED UPŁYWEM WAŻNOŚCI POSIADANEGO ORZECZENIA])	
Skladałem/am wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – brak stopnia niepełnosprawności	
Celem ustalenia wskazania do karty parkingowej stanowiącego podstawę do ubiegania się o wydanie karty parkingowej na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. - Prawo o ruchu drogowym (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 1260, z późn. zm.; dalej: Prawo o ruchu drogowym) - (dotyczy osób, które na podstawie orzeczeń o stopniu niepełnosprawności wydanych do dnia 30 czerwca 2014 r. utraciły dotychczas posiadane prawo do otrzymania karty parkingowej)	

DANE OSOBOWE OSOBY ZAINTERESOWANEJ

Imię (*imiona*) i nazwisko:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia: Obywatelstwo¹:

Adres miejsca zameldowania (na pobyt stały)²:/...../-...../...../...../.....

Adres miejsca pobytu³: /..... /-..... /..... /..... /.....

Nazwa, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:.....

PESEL: Nr telefonu⁴:

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (wypełnić wyłącznie w przypadku, gdy osobą zainteresowaną jest: osoba niepełnoletnia / ubezwłasnowolniona częściowo / ubezwłasnowolniona całkowicie)

Imię (*imiona*) i nazwisko:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia: Obywatelstwo¹:

Adres miejsca zameldowania (*na pobyt stały*)²:/...../-...../...../...../.....

Adres miejsca pobytu³:/...../-...../...../...../...../.....

Nazwa, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:.....

PESEL:/...../...../...../...../..... Nr telefonu⁴:

¹ Konieczność podania obywatelstwa dotyczy wyłącznie cudzoziemców nieposiadających numeru PESEL;

² Pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania;

³ Rubrykę wypełnić w przypadku osób (Właściwą rubrykę zaznaczyć stawiając w polu znak: „☒”):

- 1) ☐ bezdomnych,
- 2) ☐ przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych,
- 3) ☐ przebywających w zakładach karnych i poprawczych,
- 4) ☐ przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

Adres ten - w przypadku jego wypełnienia - jest również adresem do korespondencji (w przypadku osoby zainteresowanej działającej przez przedstawiciela ustawowego - pisma skierowane do strony wysyłane są do osoby działającej w jej imieniu);

⁴ Podanie numeru telefonu jest dobrowolne i służy wyłącznie do ewentualnego kontaktu Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Będzinie z osobą zainteresowaną (lub jej przedstawicielem ustawowym / pełnomocnikiem) do celów związanych z prowadzonym postępowaniem w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

DO POWIATOWEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W BĘDZINIE

Zwracam się z wnioskiem o wydanie w stosunku do mojej osoby orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów (proszę wstawić znak: „☒” w odpowiednie miejsce):

1.	Odpowiedniego zatrudnienia
2.	Szkolenia (w tym specjalistycznego)
3.	Zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej
4.	Uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej
5.	Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne
6.	Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (usługi socjalne, opiekuńcze, terapeutyczne i rehabilitacyjne świadczone przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki)
7.	Korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 ustawy - Prawo o ruchu drogowym
8.	Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej (np.: zasiłek stały / okresowy)
9.	Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
10.	Uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
11.	Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju (dodatek mieszkaniowy)
12.	Uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
13.	Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów (wpisać jakie):

CEL PODSTAWOWY (WYŁĄCZNIE JEDEN Z WYŻEJ WYMIENIONYCH): cel numer (od 1 do 13):

DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ OSOBY ZAINTERESOWANEJ

Stan cywilny (proszę wstawić wyłącznie jeden znak: „☒” w odpowiednie miejsce):

kawaler / panna	
żonaty / zamężna	
wdowiec / wdowa	
rozwódziona / rozwiedziony	
separowany / separowana	

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania (proszę wstawić tylko jeden znak „☒” w odpowiednie miejsce w każdym z wierszy):

Czynności	samodzielnie	z pomocą	opieka
Wykonywanie czynności samoobsługowych (higiena osobista, spożywanie, przygotowanie posiłków, ubieranie się, itp.)			
Poruszanie się w środowisku (chodzenie, poruszanie się w domu i poza domem, itp.)			
Prowadzenie gospodarstwa domowego (zakupy, sprząatanie, gotowanie, itp.)			

DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI ZAWODOWEJ OSOBY ZAINTERESOWANEJ

Wykształcenie (proszę wstawić tylko jeden znak „☒” w odpowiednie miejsce):

podstawowe nieukończone	
podstawowe	
zasadnicze	
średnie	
wyższe	

Zawód wyuczony:

Czy aktualnie wykonuje pracę zarobkową (Właściwą rubrykę zaznaczyć stawiając w polu znak: „☒”): ☐ TAK ☐ NIE

Zawód (obecnie) wykonywany:

Oświadczam, że (W przypadku pola: ☐ właściwą rubrykę zaznaczyć stawiając w polu znak: ☒):

1. ☐ Posiadam / ☐ Nie posiadam – orzeczenie o niezdolności do pracy (podać jakie)
wydane przez (należy wskazać organ rentowy)
na okres do.....

2. Aktualnie: ☐ toczy się / ☐ nie toczy się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem: (Jeżeli postępowanie jest w toku: proszę podać nazwę tego organu):.....
3. ☐ Mogę (samodzielnie lub w towarzystwie osoby drugiej) / ☐ nie mogę przybyć na posiedzenie składu orzekającego. W przypadku niemożności przybycia należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność uczestnictwa w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej, nierokującej poprawy choroby).
4. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja okaże się niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności - Przewodniczący Zespołu wzywa do jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji - z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania. W razie stwierdzonej przez organ konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie, jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
5. Zobowiązuje się powiadomić - Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Będzinie o każdej zmianie mojego adresu do momentu zakończenia postępowania - zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jedn. Dz. U. z 2017 poz. 1257 z późn. zm.; dalej: k.p.a.). W razie zaniechania tego obowiązku – jestem świadomy/a iż doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.
6. Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej oświadczam, iż dane zawarte we wniosku o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności są zgodne z prawdą i ze stanem faktycznym oraz jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

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 (Dz. Urz. UE L 2016, Nr 119, s.1; dalej: RODO) informuję, iż:

1. Administratorem danych osobowych (ADO) jest: Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Będzinie, ul. Ignacego Krasickiego 17, 42-500 Będzin, reprezentowany przez Przewodniczącego Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Będzinie;
2. Inspektorem ochrony danych (IOD) w Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Będzinie jest Pan Kamil Gluecklich. Kontakt z IOD jest możliwy poprzez adres e-mail: inspektor_pzon@powiat.bedzin.pl. IOD udziela informacji dotyczących sposobu i zakresu przetwarzania danych osobowych zakresie działania organu, a także o prawach przysługujących osobom których dane są przetwarzane;
3. Dane osobowe przetwarzane są w celu prowadzenia postępowania administracyjnego w przedmiocie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z art. 6b oraz art. 6d ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 511 z późn. zm.). Mogą również wystąpić przypadki, w których organ zwróci się o wyrażenie zgody - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO – na przetwarzanie danych osobowych w określonym celu i zakresie;
4. Dane osobowe nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim, nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej. Odbiorcami danych będą tylko organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach wynikających z przepisów prawa powszechnie obowiązującego;
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania – zgodnie z terminami archiwizacji określonymi przez ustawy kompetencyjne lub ustawę z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 217 z późn. zm.) w tym rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. z 2011 r. Nr 14 poz. 67 z późn. zm.). Oznacza to, że dane osobowe mogą zostać zniszczone po upływie od 5 do 50 lat, zależnie od kategorii archiwalnej danej sprawy;
6. Osoba, której dane dotyczą ma prawo: prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, a w przypadku, gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie przez zgody – prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
7. Osoba, której dane dotyczą ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO;
8. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania;
9. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym.

.....
podpis osoby zainteresowanej⁵
i/lub przedstawiciela ustawowego⁶

⁵ W przypadku niemożności złożenia podpisu – osoba niemogąca pisać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis, albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka z województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać;

⁶ W przypadku osób zainteresowanych niepełnoletnich (które ukończyły lat 16) – reprezentowanych przez przedstawiciela ustawowego - wymagany jest podpis: osoby zainteresowanej oraz przedstawiciela ustawowego tej osoby.

Do wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności należy dołączyć następujące dokumenty:

- 1. Zaświadczenie lekarskie** zawierające opis stanu zdrowia, rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących (potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych), wydane przez lekarza, pod którego opieką lekarską znajduje się osoba zainteresowana, **WYDANE NIE WCZEŚNIEJ NIŻ NA 30 DNI PRZED DNIEM ŻŁOŻENIA WNIOSKU**;
- 2. Dokumentację medyczną** (np.: historia choroby / karty informacyjne leczenia szpitalnego / wyniki badań specjalistycznych) w formie: wyciągów, odpisów, kopii (kserokopie / skan) lub wydruków – uwierzytelnionych za zgodność z oryginałem. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. W przypadku dostarczenia niewuierzytelnionych kopii – należy przedstawić (do wglądu) oryginały. Zgodnie bowiem z art. 76a § 2b zdanie pierwsze k.p.a. - upoważniony pracownik organu prowadzącego postępowanie, któremu został okazany oryginał dokumentu wraz z odpisem, na żądanie strony, poświadcza zgodność odpisu dokumentu z oryginałem;
- 3. Inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności;**
- 4. W przypadku złożenia wniosku przez przedstawiciela ustawowego** – należy przedstawić dokument potwierdzający fakt jego ustanowienia;
- 5. W przypadku wystąpienia z wnioskiem o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności przez ośrodek pomocy społecznej** – należy załączyć pisemną zgodę osoby zainteresowanej (lub przedstawiciela ustawowego), której wniosek dotyczy;
- 6. W przypadku reprezentowania strony przez pełnomocnika** – należy dołączyć akt oryginał lub urzędowo poświadczony odpis pełnomocnictwa do reprezentowania strony. Adwokat, radca prawny, rzecznik patentowy, a także doradca podatkowy mogą sami uwierzytelnić odpis udzielonego im pełnomocnictwa oraz odpisy innych dokumentów wykazujących ich umocowanie.

GODZINY PRZYJMOWANIA PODAŃ
pokój 23 (parter):

PONIEDZIAŁEK	07:30 – 17:00
WTOREK	07:30 – 13:00
ŚRODA	07:30 – 13:00
CZWARTEK	07:30 – 13:00
PIĄTEK	07:30 – 14:00

**Numer telefonu Powiatowego Zespołu
do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności w Będzinie⁷**

(32) 368-08-04

⁷ Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Będzinie ze względu na obowiązek przestrzegania zasad związanych z ochroną danych osobowych nie udziela telefonicznie informacji dot. indywidualnej (konkretnie) prowadzonej przez organ sprawy.