|  |
| --- |
| PZON.8421.1. …….…….. 20……r. |

Łomża, dnia ………… 20…….r.

**WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

**(dla osób powyżej 16 roku życia)**

**Wniosek składam** (właściwe zaznaczyć **X**)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Po raz pierwszy

Ponownie (nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia)

W związku ze zmianą stanu zdrowia

**Dane osoby zainteresowanej:**

Imię/imiona i nazwisko ………………………………………………………………………………..............

PESEL ………………….……….............................................................................................................

Data i miejsce urodzenia .......................................................................................................................

Obywatelstwo……………………………………………………………………………………………………

Seria i nr dok. tożsamości…..................................................................................................................

Adres zameldowania (stały).…………………………………………………………………………………..

Adres pobytu…………………………………………………………………………………………………….

Adres do korespondencji:……………………………………………………………………………..............

Telefon kontaktowy.…...........................................................................................................................

**Dane przedstawiciela ustawowego w przypadku osób w wieku do 18 roku życia lub całkowicie ubezwłasnowolnionych – należy dołączyć dokument potwierdzający sprawowanie opieki prawnej nad osobą całkowicie ubezwłasnowolnioną**

Imię/imiona i nazwisko ………………………………………………………………………………..............

PESEL ………………….……….............................................................................................................

Data i miejsce urodzenia .......................................................................................................................

Obywatelstwo……………………………………………………………………………………………………

Seria i nr dok. tożsamości…..................................................................................................................

Adres zameldowania (stały).…………………………………………………………………………………..

Adres pobytu…………………………………………………………………………………………………….

Adres do korespondencji:……………………………………………………………………………..............

Telefon kontaktowy.…...........................................................................................................................

**Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów (właściwe zaznaczyć kółkiem, można wskazać więcej niż jeden):**

* + - 1. Odpowiedniego zatrudnienia.
      2. Szkolenia, w tym specjalistycznego.
      3. Uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej.
      4. Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.
      5. Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji.
      6. Korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ustawy z 20.06.1997 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz.U.2022, poz. 988, ze zm.) – karta parkingowa.
      7. Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej.
      8. Uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego.
      9. Uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego.
      10. Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju.
      11. Uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze.
      12. Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów.

(jakich?)………………………………………………………………………………………………….....

**Cel podstawowy to:** Nr …….. (najważniejszy cel, jeden z zaznaczonych powyżej).

**Uzasadnienie wniosku :**

1. Sytuacja społeczna (właściwe podkreślić):

- stan cywilny: **kawaler\*/panna\*, żonaty\*/mężatka\*, wdowiec\*/wdowa\*, rozwiedziony\*/rozwiedziona\*, separowany\*/separowana**\*;

- stan rodzinny (ilość dzieci, w tym dorosłe)………… .

2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania(właściwe podkreślić):

- wykonywanie czynności samoobsługowych: **samodzielnie**\* / **z pomocą**\* / **z opieką**\*

- poruszanie się w środowisku: **samodzielnie**\* / **z pomocą**\* / **z opieką**\*

- prowadzenie gospodarstwa domowego**: samodzielnie**\* / **z pomocą**\* / **z opieką**\*

3. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego : (jakiego?)....................................................................................................................................

4. Sytuacja zawodowa:

- wykształcenie: **niepełne podstawowe, podstawowe, gimnazjalne, zasadnicze zawodowe,**

**zasadnicze branżowe, średnie, średnie branżowe, wyższe\***

- zawód wyuczony: ................................................................................................................................

- obecne zatrudnienie:………………………………………………………………………………………….

- zawód wykonywany/stanowisko:.........................................................................................................

**Oświadczam, że:**

1. **pobieram\* /nie pobieram\*** rentyz tytułu niezdolności do pracy;

2. aktualnie **toczy się\* / nie toczy się\*** w mojej sprawie postępowanie związane z ustaleniem stopnia niepełnosprawności przed innymi organami;

3. **zobowiązuje się powiadomić zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie.** W razie zaniedbania tego obowiązku doręczenie pism pod dotychczasowych adres ma skutek prawny;

4. **dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajanie prawdy;**

5. **załączona przeze mnie dokumentacja medyczna (kserokopie potwierdzone za zgodność oryginałem, bądź kopie i oryginały - do wglądu) potwierdzające stan zdrowia opisany w Zaświadczeniu Lekarskim jest autentyczna i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów.**

\* właściwe podkreślić

.....................................................................................................

Czytelny podpis osoby zainteresowanej lub w przypadku osoby

niepełnoletniej podpis przedstawiciela ustawowego, a w przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej podpis opiekuna prawnego

**W A Ż N E !**

Do **WNIOSKU** należy dołączyć:

1. **Oryginał** **ZAŚWIADCZENIA LEKARSKIEGO** o stanie zdrowia zawierający opis stanu zdrowia, rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących (zaświadczenie ważne jest 30 dni).
2. **Uwierzytelnione kserokopie lub kopie i oryginały do wglądu DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ.**
3. **Kserokopie i oryginały do wglądu poprzednich orzeczeń** **o niepełnosprawności**.

**Dokumentację medyczną stanowią**: historie chorób z poradni specjalistycznych i podstawowej opieki zdrowotnej, karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań specjalistycznych (np.: badanie wzroku - dno oka, pole widzenia; badanie słuchu - Audiogram; rezonans magnetyczny - MRI, tomografia komputerowa - TK, prześwietlenie - RTG), aktualne wyniki testów psychologicznych oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na rozpatrzenie sprawy, np. opinie, orzeczenia.

**Klauzula informacyjna**

**o ochronie danych osobowych**

**Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Łomży** spełniając obowiązek informacyjny towarzyszący zbieraniu danych osobowych - art. 13 [Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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)](https://www.poradyodo.pl/europejskie/rozporzadzenie-parlamentu-europejskiego-i-rady-ue-2016679-z-dnia-27-kwietnia-2016-r.-w-sprawie-ochrony-osob-fizycznych-w-zwiazku-z-przetwarzaniem-danych-osobowych-i-w-sprawie-swobodnego-przeplywu-takich-danych-oraz-uchylenia-dyrektywy-9546we-ogolne-rozporzadzenie-o-ochronie-danych-dz.urz.ue-l-1191-7466.html), informuje że:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest **Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Łomży** reprezentowany przez **Przewodniczącego** z siedzibą w: **ul. Wojska Polskiego 25, 18-400 Łomża, e-mail:** [wydzial.pzon@um.lomza.pl](mailto:wydzial.pzon@um.lomza.pl), tel. 86 216 64 56.
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych w PZON w Łomży, email [a.kondraciuk@um.lomza.pl](mailto:a.kondraciuk@um.lomza.pl) tel. 86 215 67 33.
3. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia procedury związanej z orzekaniem o stopniu niepełnosprawności, o wskazaniach do ulg i uprawnień, bądź na podstawie art. 6b ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t.j.Dz.U. z 2023r. poz. 100) oraz § 2 pkt. 1-3 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dni 15 lipca 2003r. (Dz. U. z 2021r., poz. 857) w sprawie orzekania niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności oraz na podstawie art. 6 ust 1 pkt. a, c, d, e Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych.
4. Administrator danych nie planuje przekazywać danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy, organizacji międzynarodowej, lub do państwa trzeciego.
5. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres 50 lat.
6. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych, oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych.
7. Ma Pan/Pani prawo do wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania, a w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych do jej wycofania. Skorzystanie z prawa cofnięcia zgody nie ma wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce do momentu wycofania zgody.
8. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pana/Pani narusza przepisy RODO;
9. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem wszczęcia postępowania w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, lub prawa do ulg i uprawnień, wydania legitymacji osoby niepełnosprawnej bądź karty parkingowej. **Jest Pan/Pani zobowiązany/zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wszczęcia postępowania.**
10. Pan/Pani dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

Zgodnie z art. 6 ust.1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r., zapoznałem/am się z treścią Klauzuli i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Łomży z siedzibą ul. Wojska Polskiego 25, 18-400 Łomża, e-mail: [wydzial.pzon@um.lomza.pl](mailto:wydzial.pzon@um.lomza.pl), reprezentowany przez Przewodniczącego PZON, wyłącznie dla potrzeb komunikacji i ubiegania się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, legitymacji osoby niepełnosprawnej lub karty parkingowej.

**INFORMACJA**

**O PRZEDŁUŻENIU WAŻNOŚCI ORZECZEŃ I KART PARKINGOWYCH**

W związku z wejściem w życie przepisów U*stawy z dnia 9 marca 2023 roku o zmianie ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów oraz niektórych innych ustaw* (Dz. U z 2023r. poz. 852), informujemy o terminach obowiązywania ważności orzeczeń wydanych w latach 2020 – 2023.

**Orzeczenia, których okres ważności upłynąłby**:

* ***do dnia 31 grudnia 2020 r. – zachowują ważność do dnia 31 grudnia 2023 r.,***
* ***w okresie od dnia 1 stycznia 2021 r. do dnia 31 grudnia 2021 r. – zachowują ważność do dnia 31 marca 2024 r.,***
* ***w okresie od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 5 sierpnia 2023r. – zachowują ważność do dnia 30 września 2024 r.***

Wszystkie orzeczenia o niepełnosprawności zachowają swoją ważność nie dłużej, niż do dnia wydania nowego ostatecznego orzeczenia o niepełnosprawności albo orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

**W tych samych terminach co orzeczenia, ważność utracą także karty parkingowe dla osób indywidualnych.**

**Bez względu na okres ważności karty parkingowe dla placówek będą ważne do 31 marca 2024 roku.**