



## II. CEL, dla którego niezbędne jest wydanie orzeczenia:

- zaznaczyć **X** we właściwych kratkach:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. odpowiedniego zatrudnienia  | <input type="checkbox"/> 7. ubiegania się o zasiłek stały   |
| <input type="checkbox"/> 2. szkolenia   | <input type="checkbox"/> 8. ubiegania się o zasiłek pielęgnacyjny   |
| <input type="checkbox"/> 3. zatrudnienia w Zakładzie Aktywności Zawodowej   | <input type="checkbox"/> 9. spełnienia przesłanek określonych w art. 8 ust. 3a pkt 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r.- Prawo o ruchu drogowym |
| <input type="checkbox"/> 4. uczestnictwa w Warsztatach Terapii Zajęciowej   | <input type="checkbox"/> 10. prawo do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju  |
| <input type="checkbox"/> 5. konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne/ środki pomocnicze/ pomoce techn. | <input type="checkbox"/> 11. inne.....  |
| <input type="checkbox"/> 6. korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,             | <input type="checkbox"/> 12. CEL PODSTAWOWY: pkt .....  |

## III. UZASADNIENIE WNIOSKU \*:

1. Sytuacja społeczna: stan cywilny..... stan rodzinny.....

### 2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania

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

3. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego           niezbędne           wskazane           zbędne

     

### 4. Sytuacja zawodowa:

wykształcenie.....zawód.....

obecne zatrudnienie.....

## IV. OŚWIADCZAM, że: (\*wypełnić lub zaznaczyć X we właściwych kratkach)

1.  pobieram świadczenie. Jeżeli tak: wpisać jakie i jakiego organu ..... lub /  nie pobieram świadczenia
2.  składałem wcześniej wniosek o wydanie orzeczenia.  
Jeżeli „TAK” to kiedy..... z jakim skutkiem.....lub  nie składałem uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności
3.  mogę lub  nie mogę samodzielnie przybyć na posiedzenie sądu orzekającego, jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby
4.  zostałem pouczony o treści art. 41 § 1 Kpa (Dz. U. z 2013 r. poz. 267 z późn. zm.), tj.: w toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swojego adresu, w tym adresu elektronicznego oraz jestem świadomy, że w razie zaniedbania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

## V. Załączniki do wniosku: .....

.....

### Oświadczam, że:

- dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy: art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. 1997 r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm), tj. 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,

- złożona dokumentacja w celu wydania orzeczenia jest autentyczna i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów: art. 270 § 1 wyżej przywołanej ustawy, tj. kto, w celu użycia za autentyczny, podrabia lub przerabia dokument lub takiego dokumentu jako autentycznego używa, podlega karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

Data: ..... Podpis osoby lub jej przedstawiciela ustawowego .....

**Klauzula informacyjna  
dotycząca ochrony danych osobowych w Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności  
w Sławnie**

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 (RODO) informujemy, że z dniem 25 maja 2018r.:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Sławnie ul. Sempołowskiej 2a, 76-100 Sławno jest Przewodniczący Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności ;
- 2) w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Sławnie przy Starostwie Powiatowym w Sławnie powołano Inspektora Ochrony Danych (IODO); dane kontaktowe [iodo@powiatslawno.pl](mailto:iodo@powiatslawno.pl), tel. 59 810 64 91;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizowania zadań związanych z **orzekaniem o stopniu niepełnosprawności** zgodnie z Ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511) oraz zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt c, d, e RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do:
  - wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze,
  - ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą lub innej osoby fizycznej;
  - wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi;
- 4) odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą tylko podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa;
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane i archiwizowane zgodnie z Jednolitym Rzeczkowym Wykazem Akt i z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa;
- 6) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- 7) posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO);
- 8) podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem wynikającym z przepisów prawa. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie uniemożliwienie realizacji Pani/Pana wniosków – załatwienia sprawy;
- 9) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.
- 10) Czy zgadza się Pan/Pani na przetwarzanie swoich danych osobowych takich jak nr telefonu, adres e-mail lub innych kategorii danych związanych z możliwością kontaktu przez Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności, z siedzibą ul. S. Sempołowskiej 2A, 76-100 Sławno, w celach związanych z wydaniem orzeczenia o stopniu niepełnosprawności?

TAK

NIE

W każdej chwili przysługuje Pani/Panu prawo do wycofania zgody na przetwarzanie swoich danych osobowych. Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody udzielonej przed jej wycofaniem.

**Potwierdzam zapoznanie się z treścią Klauzuli informacyjnej dotyczącej ochrony danych osobowych w Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Sławnie.**

**Podpis**