

<p>Adnotacje urzędowe: <small>(pieczęć organu z datą wpływu wniosku)</small></p>	<p>Numer sprawy: MZON.4030-...../21 Poprzedni numer sprawy: MZON.....</p> <p><input type="checkbox"/> sprawdzono z dokumentem potwierdzającym tożsamość <input type="checkbox"/> sprawdzono w bazie ogólnopolskiej systemu EKSMOoN <input type="checkbox"/> wprowadzono do bazy systemu EKSMOoN</p> <p>UWAGI:.....</p>
--	--

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

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

Po raz pierwszy - (dotyczy osób nieubiegających się dotychczas o wydanie orzeczenia 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 upłyne w ciągu najbliższych 30 dni [UWAGA - WNIOSEK NALEŻY ZŁOŻYĆ NIE WCZEŚNIEJ NIŻ NA 30 DNI PRZED UPŁYWEM WAŻNOŚCI POSIADANEGO OSTATECZNEGO I PRAWOMOCNEGO ORZECZENIA])	
Składałem/am wnioszek 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 2018 r. poz. 1990, 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 i nazwisko:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia: Obywatelstwo¹:

Adres miejsca zameldowania (na pobyt stały)²:

Adres miejsca pobytu³:

Adres do korespondencji⁴:

Nazwa, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość⁵:

PESEL: Nr telefonu⁶:

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (wypełnić wyłącznie w przypadku, gdy osoba zainteresowana nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych [ubezłasnowolnienie częściowe lub całkowite])

Imię i nazwisko:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia: Obywatelstwo¹:

Adres miejsca zameldowania (na pobyt stały)²:

Adres miejsca pobytu³:

Adres do korespondencji⁴:

Nazwa, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość⁵:

PESEL: Nr telefonu⁶:

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 (Dz.U.z2017ze zm.poz.657art.25 ust.1)

³ Adres miejsca pobytu należy podać wyłącznie w przypadku osób (Właściwą rubrykę zaznaczyć stawiając w polu: znak: „X”):

- 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.

⁴ W przypadku zbieżności z adresem miejsca stałego pobytu / pobytu – wpisać: skrót jw. (UWAGA - w przypadku, gdy osoba zainteresowana działa poprzez przedstawiciela ustawowego – korespondencję doręcza się temu przedstawicielowi [na wskazany przez tę osobę adres do korespondencji]);

⁵ Dokumentami potwierdzającymi tożsamość są: dowód osobisty lub paszport;

⁶ Podanie numeru telefonu jest dobrowolne i służy wyłącznie do ewentualnego kontaktu Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Mysłowicach z osobą zainteresowaną (lub jej przedstawicielem ustawowym) do celów związanych z prowadzonym postępowaniem w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. Natomiast brak jego podania skutkuje ograniczeniem tej formy komunikacji.

DO MIEJSKIEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W MYSŁOWICACH

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 - 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 (dot. tzw.: „dodatku mieszkaniowego / energetycznego”)
12.		Uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
13.		Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów (należy 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	
rozwidziony / rozwiedziona	
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, sprzątanie, 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: „☒”):

- Nie pobieram / Pobieram:
 świadczenie rentowe: (Należy wskazać nazwę pobieranego świadczenia:)
 emeryturę.
- Mogę (tzn.: 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).

3. **Jestem świadomy/a**, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja medyczna okaże się niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności - Przewodniczący Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Mysłowicach wzywa do jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji - z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
4. **Zobowiązuje się powiadomić** - Miejski Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności Mysłowicach o każdej zmianie swojego adresu do momentu zakończenia postępowania - zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 2096 z późn. zm.; dalej: k.p.a.). W razie zaniedbania tego obowiązku – **jestem świadomy/a** iż doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.
5. **Dane** zawarte we wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności są zgodne z prawdą.

.....
podpis osoby zainteresowanej⁷
i/lub przedstawiciela ustawowego⁸

**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 ZŁOŻENIA 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 niewierzytelnionych 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 WPLYW NA USTALENIE STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** (*np.: orzeczenia organów rentowych*).
-
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
(ul. Brzezińska 21,41-400 Mysłowice):

PONIEDZIAŁEK	9:00-17:00
WTOREK	8:30-14:00
ŚRODA	8:30-14:00
CZWARTEK	8:30-14:00
PIĄTEK	8:30-13:30

**Numer telefonu Miejskiego Zespołu do Spraw
Orzekania
o Niepełnosprawności w Mysłowicach**

(32) 223 85 85

W celu złożenia wniosków prosimy o wcześniejsze telefoniczne ustalenie terminu wizyty!

⁷ W przypadku niemożności złożenia podpisu – pracownik przyjmujący wniosek pisze informację dotyczącą przyczyny niezłożenia podpisu.

⁸ W przypadku osób zainteresowanych niepełnoletnich (*które ukończyły lat 16*) – reprezentowanych przez przedstawiciela ustawowego – ze względu na konieczność przeprowadzenia badania lekarskiego wymagany jest podpis przedstawiciela ustawowego tej osoby.

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY DOTYCZĄCY PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z 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 informujemy, że:

- Administratorem danych osobowych klientów jest Miejski Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Mysłowicach mający siedzibę przy ul. Brzezińskiej 21, 41-400 Mysłowice, reprezentowany przez Przewodniczącego Miejskiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Mysłowicach;
- W MZON w Mysłowicach wyznaczono inspektora ochrony danych osobowych – Agnieszkę Kotwas, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych pod adresem email: agnieszka.kotwas@mops-myslowice.pl;
- Dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia złożonych wniosków o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności oraz wskazaniach do ulgi uprawnień osób posiadających orzeczenia o inwalidztwie lub niezdolności do pracy, o których mowa w art. 5 i 62 ustawy, zwane dalej „orzeczeniami o wskazaniach do ulg i uprawnień” , na podstawie art. 6 ust. 1 pkt c oraz art. 9 ust. 2 pkt b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych oraz art. 6b ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2018r poz. 511 z póź. zm.);
- Dane osobowe będą przekazywane następującym podmiotom przetwarzającym w rozumieniu art. 4 pkt 8 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych: podmiotom, z którymi Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mysłowicach zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych: Członkom Miejskiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności;
- Dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z jednolitego rzeczowego wykazu akt tj. dokumenty dotyczące orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności przez 50 lat, natomiast dokumentacja dotycząca legitymacji dla osób niepełnosprawnych przez 5 lat;
- Każda osoba, której danymi dysponuje MZON w Mysłowicach ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania;
- Każda osoba, której danymi dysponuje MZON w Mysłowicach ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
- Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku;
- Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Po zapoznaniu się z informacją dot. przetwarzania danych osobowych jak wyżej, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych obejmujących dane osobowe przekazane w celu rozpoznania wniosku o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności /wskazaniach do ulg i uprawnień.

Mysłowice, dnia

Podpis