

**Wniosek o wydanie orzeczenia
o stopniu niepełnosprawności do ulg i uprawnień**

MZON-.....8421.3. 202..... , dnia

Imię i nazwisko
 Data i miejsce urodzenia
 Adres zamieszkania
 Numer i seria dowodu osobistego, Numer PESEL
 Numer telefonu
 Adres e-mail

**Do Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności w Koszalinie**

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień na podstawie posiadanego przeze mnie prawomocnego orzeczenia:

1. Orzeczenia z dnia wydanego na okres do , na trwałe , przez Komisję do Spraw Inwalidztwa i Zatrudnienia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w o zaliczeniu do grupy inwalidzkiej.
2. Orzeczenia lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w z dniao całkowitej (częściowej) niezdolności do pracy i / lub całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji wydanego na okres do..... , na trwałe .
3. Orzeczenia lekarza rzeczoznawcy Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, wydanego (**przed 1 stycznia 1998r**) w dniu , na okres , na trwałe .
4. Orzeczenia wydanego przed 1 stycznia 1998 r. innego organu (podać jakiego)

W załączeniu kserokopia ważnego orzeczenia (**oryginał do wglądu**).

Dla celów:

- odpowiednie zatrudnienie,
- uczestnictwo w warsztatach terapii zajęciowej,
- ulgi komunikacyjne,
- korzystanie z karty parkingowej,
- ulgi telekomunikacyjne (wpisać przyczynę niepełnosprawności),
- ulgi podatkowe,
- konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- inne (wpisać jakie)

Uzasadnienie wniosku:

1. sytuacja społeczna:
 stan cywilny
 stan rodzinny
 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"/>

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego | niezbędne | wskazane | zbędne |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
3. sytuacja zawodowa:
 wykształcenie.....
 zawód.....
 obecne zatrudnienie.....

Oświadczam, że:

1. pobieram świadczenie (nie pobieram)* z ubezpieczenia społecznego, jakie
 od kiedy
2. aktualnie toczy się (nie toczy się)* w mojej sprawie postępowaniem przed innym organem orzeczniczym,
 podać jakim
3. składałem (nie składałem)* uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:
 kiedy
 z jakim skutkiem.....
 (UWAGA! POSIADANIE WAŻNEGO ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WYKLUCZA MOŻLIWOŚĆ
 UBIEGANIA SIĘ O WYDANIE ORZECZENIA DO ULG I UPRAWNIENI)
4. w razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji
 specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane
 przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich
 kosztów we własnym zakresie.
5. Zobowiązuję się do informowania Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
 w Koszalinie (zgodnie z art. 41 KPA) o zmianie adresu lub miejsca pobytu.

**Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a
 odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

**Po uzyskaniu pełnych informacji, świadomie wybrałem tryb orzekania zgodnie z art. 5a ustawy o
 rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia
 1997r. (Dz. U. z 2023, poz. 100) Od wydanego orzeczenia odwołanie nie przysługuje.**

Jednocześnie oświadczam, że zostałem zapoznany z klauzulą informacyjną, załączoną do wniosku.

.....
 podpis osoby zainteresowanej lub przedstawiciela
 ustawowego

Załączniki:

1. Dokumentacja medyczna
2. Dokumentacja psychologiczna
3. Kserokopia prawomocnego orzeczenia KiZ, ZUS , KRUS lub zespołu powiatowego
4. Inne dokumenty (jakie)

*niepotrzebne skreślić

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych pozyskanych od osoby, której dane dotyczą/osoby której dane dotyczą dla przedstawiciela ustawowego tej osoby

Zgodnie z art 13 ust 1 i 2 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 (dalej RODO), informujemy, że:

1. Administratorami Pana/i danych osobowych jest Gmina Miasto Koszalin, reprezentowana przez Prezydenta Miasta Koszalin – Urząd Miejski ul. Rynek Staromiejski 6-7, e-mail: koszalin@um.koszalin.pl oraz pełnomocnik i minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego

2. W Urzędzie Miejskim w Koszalinie został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych: Mariusz Krasicki Urząd Miejski ul. Rynek Staromiejski 6-7 e-mail: iodo@um.koszalin.pl

3. Przetwarzanie Pana/i danych osobowych jest prowadzone w celu wydania orzeczenia o niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności przez Urząd Miejski w Koszalinie - Miejski Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Koszalinie, a także innych generowanych dokumentów w toku postępowania. Podstawa prawna:

a) art 6 ust 1 lit. c i art 9 ust 2 lit. h RODO

b) art. 6 b i art. 6 d ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U z 2023, poz. 100 ze zm.)

c) Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 28 listopada 2007 r. w sprawie warunków, sposobu oraz trybu gromadzenia i usuwania danych w ramach Elektronicznego Krajowego Systemu Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności (Dz. U. z 2007 r., nr 228, poz. 1861)

4. Dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom w celu prawidłowej realizacji zadań na podstawie umowy powierzenia danych osobowych lub instytucjom uprawnionym do przetwarzania danych osobowych na mocy przepisów prawa.

5. Dane osobowe przetwarzane na podstawie Pani/Pana zgody będą przechowywane do czasu osiągnięcia celu w jakim je pozyskaliśmy. Dane osobowe przetwarzane na podstawie przepisów prawa, głównie w postępowaniach administracyjnych, będą przechowywane przez czas wskazany w Rozporządzeniu 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.

6. Posiada Pani/Pan prawo:

- na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych;

- na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania danych osobowych;

- na podstawie art. 18 RODO prawo do żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO;

- prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

7. Nie przysługuje Pani/Panu:

- w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;

- prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO

- na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych.

8. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym zgodnie z art. 6b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U z 2023, poz. 100, ze zm.).

9. Pana/i dane osobowe/ osoby, której, jest Pan/i przedstawicielem ustawowym, nie będą podlegały profilowaniu w rozumieniu art. 22 RODO.