

WYPEŁNIA ORGAN
Numer wniosku: ON.740/...../.....
Data wpływu wniosku:

Wniosek o wydanie karty parkingowej
(wniosek obowiązuje do upływu 90. dnia od dnia odwołania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, wywołanego wirusem SARS-CoV-2)

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA		
1. Nazwa organu ¹ PRZEWODNICZĄCY POWIATOWEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZĘKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W CHODZIEŻY		
I. CZĘŚĆ A²		
DANE WNIOSKODAWCY		
2. Imię	3. Nazwisko	
4. Numer PESEL ³	5. Numer i data wydania orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność	
6. Adres e-mail (o ile posiada)	7. Numer telefonu (o ile posiada)	
ADRES DO KORESPONDENCJI		
8. Miejscowość	9. Kod pocztowy	10. Poczta ⁴
11. Ulica	12. Nr domu / Nr lokalu	
DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK⁵		
13. Imię	14. Nazwisko	
15. Numer PESEL ³		
16. Adres e-mail (o ile posiada)	17. Numer telefonu (o ile posiada)	
ADRES DO KORESPONDENCJI		
18. Miejscowość	19. Kod pocztowy	20. Poczta ⁴
21. Ulica	22. Nr domu / Nr lokalu	
DOKUMENTY DOŁĄCZONE DO WNIOSKU⁶		
23. Fotografia o wymiarach 35 mm x 45 mm	24. Dowód uiszczenia opłaty za wydanie karty parkingowej i opłaty ewidencyjnej ⁷	
OŚWIADCZENIA⁸		
25. Oświadczam, że:		
1) sprawuję władzę rodzicielską nad osobą niepełnosprawną, która jest uprawniona do uzyskania karty parkingowej		
2) sprawuję opiekę nad osobą niepełnosprawną, która jest uprawniona do uzyskania karty parkingowej		
3) sprawuję kuratelę nad osobą niepełnosprawną, która jest uprawniona do uzyskania karty parkingowej		
4) dane podane we wniosku są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym		
5) zwrócę kartę parkingową, która utraciła ważność, po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, wywołanego wirusem SARS-CoV-2		

UPOWAŻNIENIE⁹		
26. Upoważniam Pana/Panią ¹⁰ posiadającego/posiadającą ¹⁰ numer PESEL..... ³ do odbioru w moim imieniu karty parkingowej.		
27. (data i podpis wnioskodawcy lub osoby przez niego upoważnionej albo rodzica, opiekuna lub kuratora albo adnotacja o braku możliwości złożenia podpisu w przypadku składania wniosku w siedzibie zespołu, albo tuszowy odcisk palca wnioskodawcy niemającego możliwości złożenia podpisu, obok którego osoba upoważniona wpisuje jej imię i nazwisko i składa swój podpis, w przypadku składania wniosku z wyłączeniem obowiązku osobistego stawiennictwa, w tym w szczególności za pośrednictwem operatora pocztowego) ¹¹		
II. CZĘŚĆ B¹²		
DANE PLACÓWKI ZAJMUJĄCEJ SIĘ OPIEKĄ, REHABILITACJĄ LUB EDUKACJĄ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH MAJĄCYCH ZNACZNIE OGRANICZONE MOŻLIWOŚCI SAMODZIELNEGO PORUSZANIA SIĘ		
28. Nazwa		
29. Numer KRS	30. Numer REGON	
31. Numer rejestracyjny pojazdu placówki	32. Marka i model pojazdu placówki	
ADRES SIEDZIBY		
33. Miejscowość	34. Kod pocztowy	35. Poczta ⁴
36. Ulica	37. Nr domu/Nr lokalu	
DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK		
38. Imię	39. Nazwisko	
40. Numer PESEL ³		
41. Adres e-mail (o ile posiada)	42. Numer telefonu (o ile posiada)	
ADRES DO KORESPONDENCJI		
43. Miejscowość	44. Kod pocztowy	45. Poczta ⁴
46. Ulica	47. Nr domu / Nr lokalu	
DOKUMENT DOŁĄCZONY DO WNIOSKU⁶		
48. Dowód uiszczenia opłaty za wydanie karty parkingowej i opłaty ewidencyjnej ⁷		
OŚWIADCZENIA⁶		
49. Oświadczam, że:		
1) posiadam upoważnienie do reprezentowania placówki uprawnionej do uzyskania karty parkingowej		
2) placówka prowadzi działalność w zakresie opieki, rehabilitacji lub edukacji osób niepełnosprawnych mających znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się i jest uprawniona do uzyskania karty parkingowej		
3) dane podane we wniosku są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym		
4) zwrócę kartę parkingową, która utraciła ważność, po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, wywołanego wirusem SARS-CoV-2		
50. (data i podpis wnioskodawcy lub osoby przez niego upoważnionej albo rodzica, opiekuna lub kuratora albo adnotacja o braku możliwości złożenia podpisu w przypadku składania wniosku w siedzibie zespołu, albo tuszowy odcisk palca wnioskodawcy niemającego możliwości złożenia podpisu, obok którego osoba upoważniona wypisuje jej imię i nazwisko i składa swój podpis, w przypadku składania wniosku z wyłączeniem obowiązku osobistego stawiennictwa, w tym w szczególności za pośrednictwem operatora pocztowego) ¹¹		

III. CZĘŚĆ C – ODBIÓR KARTY

Potwierdzenie odbioru karty parkingowej¹³

51. Kartę parkingową numer:		otrzymałem/otrzymałam ¹⁰
52. Oświadczam, że ⁶ :		
1) posiadam upoważnienie do reprezentowania placówki uprawnionej do uzyskania karty parkingowej		
2) sprawuję władzę rodzicielską, opiekę lub kuratelę nad osobą niepełnosprawną uprawnioną do uzyskania karty parkingowej		
53. (data i podpis wnioskodawcy lub osoby przez niego upoważnionej albo rodzica, opiekuna lub kuratora albo adnotacja o braku możliwości złożenia podpisu w przypadku składania wniosku w siedzibie zespołu) ¹¹		
54. Wyrażam zgodę na przesłanie karty za pośrednictwem operatora pocztowego ⁶	55. Nie wyrażam zgody na przesłanie karty za pośrednictwem operatora pocztowego ⁶	
56. (data i podpis wnioskodawcy lub osoby przez niego upoważnionej albo rodzica, opiekuna lub kuratora albo adnotacja o braku możliwości złożenia podpisu w przypadku składania wniosku w siedzibie zespołu, albo tuszowy odcisk palca wnioskodawcy niemającego możliwości złożenia podpisu, obok którego osoba upoważniona wpisuje jej imię i nazwisko i składa swój podpis, w przypadku składania wniosku z wyłączeniem obowiązku osobistego stawiennictwa, w tym w szczególności za pośrednictwem operatora pocztowego) ¹¹		

IV. CZĘŚĆ D – WZÓR PODPISU I ZDJĘCIE

57. WZÓR PODPISU¹⁴	58. <i>miejsce na fotografię 35 mm x 45 mm</i>
--	--

¹ Przewodniczący powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności, do którego składa się wniosek.

² Część A wypełnia się w przypadku, gdy wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej.

³ W przypadku nieposiadania numeru PESEL – seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

⁴ Należy wypełnić, o ile nazwa poczty jest inna niż nazwa miejscowości.

⁵ Wypełnia się w przypadku, gdy wniosek składany jest przez rodzica, opiekuna lub kuratora osoby niepełnosprawnej.

⁶ Właściwie zaznaczyć, wstawiając znak „X”.

⁷ Przepisy określające wysokość opłaty ewidencyjnej stosuje się z dniem wdrożenia rozwiązań technicznych umożliwiających funkcjonowanie centralnej ewidencji.

⁸ Właściwie zaznaczyć, wstawiając znak „X”; oświadczenia wskazane w pkt 1–3 są składane w przypadku, gdy wniosek o wydanie karty parkingowej jest składany przez rodzica, opiekuna lub kuratora osoby niepełnosprawnej.

⁹ Wypełnia się w przypadku osobistego odbioru karty parkingowej przez osobę upoważnioną.

¹⁰ Niewłaściwie skreślić.

¹¹ W przypadku osobistego składania wniosku należy podpisać wniosek w obecności przewodniczącego zespołu albo osoby przez niego upoważnionej.

¹² Część B wypełnia się w przypadku, gdy wniosek dotyczy placówki.

¹³ Wypełnia się w przypadku osobistego odbioru karty.

¹⁴ W przypadku gdy wniosek dotyczy osoby, która nie ukończyła 18. roku życia, osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie lub częściowo lub osoby, która nie ma możliwości złożenia podpisu, albo placówki – pole pozostawia się niewypełnione.

**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH
DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH
PETENTÓW POWIATOWEGO ZESPOŁU
DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W CHODZIEŻY**

Na podstawie art. 13 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) zwanym dalej „RODO”, informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Chodzieży, ul. Wiosny Ludów 14 A, kod pocztowy 64-800 Chodzież, e-mail: pcprchodziej@idsl.pl, tel. 067 2811750.
2. W trosce o ochronę Pani/Pana danych osobowych został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, którym jest Pani Anna Sobańska z którą można się skontaktować poprzez adres e-mail: iod@annasobanska.pl lub listownie pod adresem Administratora.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu w celu rozpatrzenia wniosku lub w celu prowadzenia innych postępowań administracyjnych związanych z Pani/Pana wnioskiem.
4. Pani/ Pana dane osobowe będą przetwarzane w związku z realizacją obowiązków wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz aktów wykonawczych do ustawy, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b, c i j RODO.
5. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres, niezbędny do realizacji celu przetwarzania i przechowywane zgodnie z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia 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. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem ustawowym, a ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości wykonania zadań oraz obowiązków prawnych ciążyących na administratorze.
7. Odbiorcami Państwa danych osobowych będą podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa oraz podmioty świadczące usługi w ramach zawartej z Administratorem umowy
8. Posiada Pani/Pan prawo:
 - żądania dostępu do treści danych osobowych, w tym uzyskania kopii danych;
 - żądania sprostowania lub uzupełnienia danych osobowych;
 - żądania usunięcia danych osobowych w przypadkach przewidzianych prawem,
 - żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych (w przypadkach określonych przepisami prawa);
 - żądania przenoszenia danych;
 - wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, w przypadku przetwarzania danych na podstawie prawnie uzasadnionego interesu.
9. Posiadają Państwo prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych przy ul. Stawki 2 00-193 Warszawa, jeżeli uznają Państwo, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa.
10. Państwa dane nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
11. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej