|  |
| --- |
| WYPEŁNIA ORGAN |
| Numer wniosku: |
| Data wpływu wniosku: |

Wniosek o wydanie karty parkingowej

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA | | | | | | | |
| 1. Nazwa organu1 | | | | | | | |
| **I. CZĘŚĆ A**2 | | | | | | | |
| **DANE WNIOSKODAWCY** | | | | | | | |
| 2. Imię | | | | 3. Nazwisko | | | |
| 4. Numer PESEL3 | | | | 5. Numer i data wydania orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność | | | |
| **ADRES DO KORESPONDENCJI** | | | | | | | |
| 6. Miejscowość | | | 7. Kod pocztowy | | | 8. Poczta4 | |
| 9. Ulica | | | 10. Nr domu/Nr lokalu | | |  | |
| **DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK**5 | | | | | | | |
| 11. Imię | | | | 12. Nazwisko | | | |
| 13. Numer PESEL3 | | | | | | | |
| **ADRES DO KORESPONDENCJI** | | | | | | | |
| 14. Miejscowość | | | 15. Kod pocztowy | | | 16. Poczta4 | |
| 17. Ulica | | | 18. Nr domu/Nr lokalu | | |  | |
| **DOKUMENTY DOŁĄCZONE DO WNIOSKU**6 | | | | | | | |
| 19. Fotografia o wymiarach 35 mm × 45 mm |  | 20. Dowód uiszczenia opłaty za wydanie karty parkingowej i opłaty ewidencyjnej7 | | | | |  |
| **OŚWIADCZENIA**8 | | | | | | | |
| 21. 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 | | | | | | |  |
| **UPOWAŻNIENIE**9 | | | | | | | |
| 22. Upoważniam Pana/Panią10 ……………………………………………. posiadającego/posiadającą10 numer PESEL 3  do odbioru w moim imieniu karty parkingowej. | | | | | | | |
|  | | | | | 23.  ……………………………………………………  (data i podpis wnioskodawcy albo rodzica, opiekuna lub kuratora  albo adnotacja o braku możliwości złożenia podpisu)11 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **II. CZĘŚĆ B**12 | | | | | | |
| **DANE PLACÓWKI ZAJMUJĄCEJ SIĘ OPIEKĄ, REHABILITACJĄ LUB EDUKACJĄ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**  **MAJĄCYCH ZNACZNIE OGRANICZONE MOŻLIWOŚCI SAMODZIELNEGO PORUSZANIA SIĘ** | | | | | | |
| 24. Nazwa | | | | | | |
| 25. Numer KRS | | 26. Numer REGON | | | | |
| 27. Numer rejestracyjny pojazdu placówki | | 28. Marka i model pojazdu placówki | | | | |
| **ADRES SIEDZIBY** | | | | | | |
| 29. Miejscowość | 30. Kod pocztowy | | | | 31. Poczta4 | |
| 32. Ulica | 33. Nr domu/Nr lokalu | | | |  | |
| **DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK** | | | | | | |
| 34. Imię | | 35. Nazwisko | | | | |
| 36. Numer PESEL3 | | | | | | |
| **ADRES DO KORESPONDENCJI** | | | | | | |
| 37. Miejscowość | 38. Kod pocztowy | | | | 39. Poczta4 | |
| 40. Ulica | 41. Nr domu/Nr lokalu | | | |  | |
| **DOKUMENT DOŁĄCZONY DO WNIOSKU**6 | | | | | | |
| 42. Dowód uiszczenia opłaty za wydanie karty parkingowej i opłaty ewidencyjnej7 | | | | | |  |
| **OŚWIADCZENIA**6 | | | | | | |
| 43. 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 | | | | | |  |
|  | | | | 44.  ……………………………………………………  (data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania placówki albo adnotacja o braku możliwości złożenia podpisu)11 | | |
| **III. CZĘŚĆ C – ODBIÓR KARTY** | | | | | | |
| **Potwierdzenie odbioru karty parkingowej** | | | | | | |
| 45. Kartę parkingową numer: | | | | | otrzymałem/otrzymałam10 | |
| 46. Oświadczam, że6: | | | | 47.  ……………………………………………………  (data i podpis wnioskodawcy lub osoby przez niego upoważnionej albo rodzica, opiekuna lub kuratora, albo osoby upoważnionej do reprezentowania placówki albo adnotacja o braku możliwości  złożenia podpisu) | | |
| 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 | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **IV. CZĘŚĆ D – WZÓR PODPISU I ZDJĘCIE** | |
| 48.  WZÓR PODPISU13 | 49.  *miejsce na fotografię 35 mm × 45 mm* |

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 Właściwe zaznaczyć, wstawiając znak „X”.

7 Dowód uiszczenia opłaty ewidencyjnej dołączany jest do wniosku od dnia 4 stycznia 2016 r.

8 Właściwe 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 odbioru karty parkingowej przez osobę upoważnioną.

10 Niewłaściwe skreślić.

11 Należy podpisać wniosek w obecności przewodniczącego zespołu albo osoby przez niego upoważnionej.

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

13 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**

**DLA KLIENTÓW POWIATOWEGO ZESPOŁU DS. ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W ŻYWCU**

Na podstawie art. 13 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych zwane dalej „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Żywcu:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Żywcu, ul. Ks. Prał. St. Słonki 24, 34-300 Żywiec**.
2. Podmiotem przetwarzającym w imieniu Administratora jest Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.
3. W sprawach związanych z Pani/a danymi można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, e-mail **iodo@marwikpoland.pl**
4. Zbierane dane osobowe są przetwarzane przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Żywcu na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, w celach realizacji zadania ustawowego wynikającego z ustawy z dnia 20 czerwca 1997r. Prawo o ruchu drogowym oraz rozporządzeń wykonawczych do tej ustawy, tj. w celu wydania karty parkingowej.
5. Dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych.
6. Dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom w celu prawidłowej realizacji zadań na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych lub instytucjom uprawnionym do przetwarzania danych osobowych na mocy przepisów prawa.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane w czasie określonym przepisami prawa oraz zgodnie z rzeczowym wykazem akt PCPR w Żywcu.
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony danych Osobowych (na adres Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa), gdy stwierdzone zostanie, że dane osobowego są przetwarzane niezgodnie z przepisami prawa.
10. Przysługuje Pani/Panu prawo do:
11. dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępnianie dane osobowe nie mogą ujawniać danych osób trzecich,
12. sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO,
13. żądania usunięcia danych po upływie okresu, o którym mowa w pkt. 7.
14. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również   
    w formie profilowania.
15. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe, w przypadku braku podania danych osobowych realizacja zadania przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Żywcu w Żywcu będzie niemożliwa.

Oświadczam, że zapoznałem się oraz akceptuję powyższe informacje.

Data ……………………………………..czytelny podpis klienta………………………