

WYPEŁNIA ORGAN
Numer wniosku:
Data wpływu wniosku:

Wniosek o wydanie karty parkingowej

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA		
1. Nazwa organu ¹		
I. CZĘŚĆ A²		
DANE WNIOSKODAWCY		
2. Imię	3. Nazwisko	
4. Numer PESEL ³	5. Numer i data wydania orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność	
ADRES DO KORESPONDENCJI		
6. Miejscowość	7. Kod pocztowy	8. Poczta ⁴
9. Ulica	10. Nr domu/Nr lokalu	
DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSK⁵		
11. Imię	12. Nazwisko	
13. Numer PESEL ³		
ADRES DO KORESPONDENCJI		
14. Miejscowość	15. Kod pocztowy	16. Poczta ⁴
17. Ulica	18. Nr domu/Nr lokalu	
DOKUMENTY DOŁĄCZONE DO WNIOSKU⁶		
19. Fotografia o wymiarach 35 mm x 45 mm	20. Dowód uiszczenia opłaty za wydanie karty parkingowej i opłaty ewidencyjnej ⁷	
OŚWIADCZENIA⁸		
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		
UPOWAŻNIENIE⁹		
22. Upoważniam Pana/Panią ¹⁰ posiadającego/posiadającą ¹⁰ 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 B¹²**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. Poczta ⁴
32. Ulica	33. Nr domu/Nr lokalu	

DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK

34. Imię	35. Nazwisko
36. Numer PESEL ³	

ADRES DO KORESPONDENCJI

37. Miejscowość	38. Kod pocztowy	39. Poczta ⁴
40. Ulica	41. Nr domu/Nr lokalu	

DOKUMENT DOŁĄCZONY DO WNIOSKU⁶

42. Dowód uiszczenia opłaty za wydanie karty parkingowej i opłaty ewidencyjnej ⁷	
---	--

OŚWIADCZENIA⁶

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	

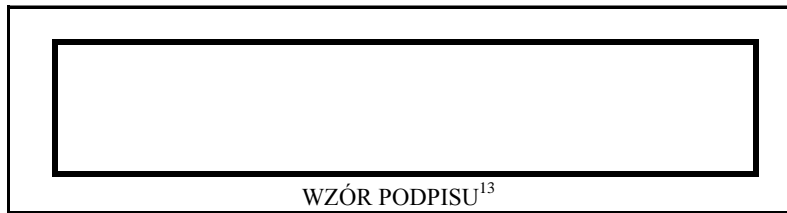
	44. (data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania placówki albo adnotacja o braku możliwości złożenia podpisu) ¹¹
--	---

III. CZĘŚĆ C - ODBIÓR KARTY**Potwierdzenie odbioru karty parkingowej**

45. Kartę parkingową numer:	otrzymałem/otrzymałam ¹⁰
46. Oświadczam, że ⁶ :	47.
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	(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)

IV. CZĘŚĆ D - WZÓR PODPISU I ZDJĘCIE

48.



49.

*miejsce na fotografię
35 mm x 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 Właściwie zaznaczyć wstawiając znak „X”.

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

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 odbioru karty parkingowej przez osobę upoważnioną.

¹⁰ Niewłaściwie 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.

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych informujemy, że:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Sosnowcu przy ul. 3 Maja 33;
2. w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Sosnowcu wyznaczono inspektora ochrony danych, z którym może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, w siedzibie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sosnowcu przy ul. 3 Maja 33, pokój nr 312;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wydania karty parkingowej, na podstawie obowiązujących przepisów prawa, a także gdy przetwarzanie będzie niezbędne do wypełnienia obowiązków przez administratora w dziedzinie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej;
4. Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane następującym odbiorcom danych: podmiotom, z którymi PZON zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych;
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z jednolitego rzeczowego wykazu akt;
6. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, prawo ograniczenia przetwarzania danych osobowych na okres weryfikacji poprawności danych oraz prawo do usunięcia danych po zakończeniu okresu ich przetwarzania;
7. ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy o ochronie danych osobowych
8. podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym wynikającym z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku;
9. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób całkowicie zautomatyzowany w tym również w formie profilowania oraz nie będą przekazane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

Potwierdzam zapoznanie się z informacją:

.....
data i podpis