

|                       |
|-----------------------|
| <b>WYPEŁNIA ORGAN</b> |
| Numer wniosku:        |
| Data wpływu wniosku:  |

## Wniosek o wydanie karty parkingowej

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA</b>   |   |   |
| 1. Nazwa organu <sup>1</sup> Przewodniczący Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Bytomiu  |   |   |
| <b>I. CZĘŚĆ A<sup>2</sup></b>  |   |   |
| <b>DANE WNIOSKODAWCY</b>   |   |   |
| 2. Imię  | 3. Nazwisko   |   |
| 4. Numer PESEL <sup>3</sup>  | 5. Numer i data wydania orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność                       |   |
| <b>ADRES DO KORESPONDENCJI</b>   |   |   |
| 6. Miejscowość   | 7. Kod pocztowy   | 8. Poczta <sup>4</sup>  |
| 9. Ulica   | 10. Nr domu/Nr lokalu   |   |
| <b>DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSZEK<sup>5</sup></b>   |   |   |
| 11. Imię   | 12. Nazwisko  |   |
| 13. Numer PESEL <sup>3</sup>   |   |   |
| <b>ADRES DO KORESPONDENCJI</b>   |   |   |
| 14. Miejscowość  | 15. Kod pocztowy  | 16. Poczta <sup>4</sup>   |
| 17. Ulica  | 18. Nr domu/Nr lokalu   |   |
| <b>DOKUMENTY DOŁĄCZONE DO WNIOSKU<sup>6</sup></b>  |   |   |
| 19. Fotografia o wymiarach 35 mm x 45 mm   | 20. Dowód uiszczenia opłaty za wydanie karty parkingowej i opłaty ewidencyjnej <sup>7</sup> |   |
| <b>OŚWIADCZENIA<sup>8</sup></b>  |   |   |
| 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  |   |   |
| <b>UPOWAŻNIENIE<sup>9</sup></b>  |   |   |
| 22. Upoważniam Pana/Panią <sup>10</sup> ..... posiadającego/posiadającą <sup>10</sup> numer PESEL..... <sup>3</sup> do odbioru w moim imieniu karty parkingowej. |   |   |
|  |   | 23.<br><br>.....<br>(data i podpis wnioskodawcy albo rodzica, opiekuna lub kuratora albo adnotacja o braku możliwości złożenia podpisu) <sup>11</sup> |

**II. CZĘŚĆ B<sup>12</sup>****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 <sup>4</sup> |
| 32. Ulica       | 33. Nr domu/Nr lokalu |                         |

**DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK**

|                              |              |
|------------------------------|--------------|
| 34. Imię                     | 35. Nazwisko |
| 36. Numer PESEL <sup>3</sup> |              |

**ADRES DO KORESPONDENCJI**

|                 |                       |                         |
|-----------------|-----------------------|-------------------------|
| 37. Miejscowość | 38. Kod pocztowy      | 39. Poczta <sup>4</sup> |
| 40. Ulica       | 41. Nr domu/Nr lokalu |                         |

**DOKUMENT DOŁĄCZONY DO WNIOSKU<sup>6</sup>**

|   |  |
|---|--|
| 42. Dowód uiszczenia opłaty za wydanie karty parkingowej i opłaty ewidencyjnej <sup>7</sup> |  |
|---|--|

**OŚWIADCZENIA<sup>6</sup>**

|  |  |
|--|--|
| 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.<br><br>.....<br>(data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania placówki albo adnotacja o braku możliwości złożenia podpisu) <sup>11</sup> |
|--|---|

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

|  |  |
|--|--|
| 45. Kartę parkingową numer:  | otrzymałem/otrzymałam <sup>10</sup>  |
| 46. Oświadczam, że <sup>6</sup> :  | 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*

<sup>1</sup> Przewodniczący powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności, do którego składa się wniosek.

<sup>2</sup> Część A wypełnia się w przypadku, gdy wniosek dotyczy osoby niepełnosprawnej.

<sup>3</sup> W przypadku nieposiadania numeru PESEL – seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

<sup>4</sup> Należy wypełnić, o ile nazwa poczty jest inna niż nazwa miejscowości.

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

<sup>6</sup> Właściwie zaznaczyć wstawiając znak „X”.

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

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> Wypełnia się w przypadku odbioru karty parkingowej przez osobę upoważnioną.

<sup>10</sup> Niewłaściwie skreślić.

<sup>11</sup> Należy podpisać wniosek w obecności przewodniczącego zespołu albo osoby przez niego upoważnionej.

<sup>12</sup> Część B wypełnia się w przypadku, gdy wniosek dotyczy placówki.

<sup>13</sup> 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.

**STRONY PRZYJMUJE SIĘ W POKOJU 4  
W PONIEDZIAŁKI OD 8:00 DO 16:30  
OD WTORKU DO CZWARTKU OD 8:00 DO 14:00  
W PIĄTKI 8:00-13:30**

#### **ZAŁĄCZNIKI:**

**\*1 AKTUALNA FOTOGRAFIA O WYMIARACH 35 mm x 45 mm**

**\*KSEROKOPIA (ORYGINAŁ DO WGLĄDU) PRAWOMOCNEGO ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI, STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

**\*21 ZŁ - OPLATA ZA WYDANIE KARTY PARKINGOWEJ**

#### **OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA SKŁADA WNIOSEK OSOBIŚCIE, Z WYJĄTKIEM:**

**\*OSOBY, KTÓRA NIE UKOŃCZYŁA 18 ROKU ŻYCIA, ZA KTÓRĄ WNIOSEK SKŁADAJĄ RODZICE LUB USTANOWIENI PRZEZ SĄD OPIEKUNOWIE ALBO JEDEN Z RODZICÓW LUB USTANOWIONYCH PRZEZ SĄD OPIEKUNÓW;**

**\*OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONEJ CAŁKOWICIE POZOSTAJĄCEJ POD WŁADZĄ RODZICIELSKĄ, ZA KTÓRĄ WNIOSEK SKŁADA JEDEN Z RODZICÓW;**

**\*OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONEJ CAŁKOWICIE NIEPOZOSTAJĄCEJ POD WŁADZĄ RODZICIELSKĄ LUB OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONEJ CZĘŚCIOWO, ZA KTÓRĄ WNIOSEK SKŁADA ODPOWIEDNIO OPIEKUN LUB KURATOR USTANOWIONY PRZEZ SĄD.**

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 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 (Dz. Urz. UE L, Nr 119 z 04.05.2016, str.1 z późn.zm. dalej: RODO) informuję, iż:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Bytomiu, reprezentowany przez Przewodniczącego Powiatowego Zespołu;
2. We wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz z wykonywaniem Państwa praw w zakresie ochrony danych osobowych można kontaktować się z inspektorem ochrony danych osobowych pod adresem poczty elektronicznej: pzon@mopr.bytom.pl lub pod nr tel.: 32 388 67 05, 32 388 67 06, 32 388 67 10, 32 388 67 04; fax 32 281 80 93;
3. Dane nie będą udostępnione innym podmiotom, za wyjątkiem przypadków, kiedy zasadność udostępniania wynika z przepisów prawa;
4. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu odpowiedzialnego za kontrolę przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych;
5. Podanie danych jest wymogiem ustawowym i obowiązek podania ich wynika z Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Odmowa podania danych wiązać się będzie z brakiem możliwości rozpatrzenia danego wniosku.