

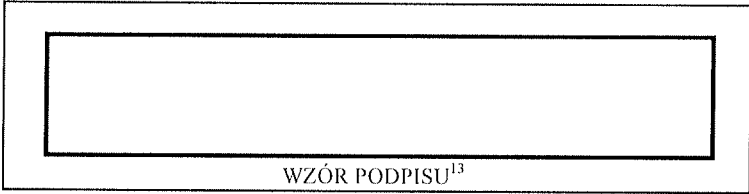
WYPELNIŃ ORGAN
Numer wniosku:
Data wpływu wniosku:

### Wniosek o wydanie karty parkingowej

WYPELNIŃ WNIOSKODAWCA		
1. Nazwa organu <sup>1</sup>		
<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 WNIOSK<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.  ..... (data i podpis wnioskodawcy albo rodzica, opiekuna lub kuratora albo adnotacja o braku możliwości złożenia podpisu) <sup>11</sup>

<b>II. CZĘŚĆ B<sup>12</sup></b>		
<b>DANE PLACÓWKI ZAJMUJĄCEJ SIĘ OPIEKĄ, REHABILITACJĄ LUB EDUKACJĄ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH MAJĄCYCH ZNACZNIE OGRANICZONE MOŻLIWOŚCI SAMODZIELNEGO PORUSZANIA SIĘ</b>		
24. Nazwa		
25. Numer KRS	26. Numer REGON	
27. Numer rejestracyjny pojazdu placówki	28. Marka i model pojazdu placówki	
<b>ADRES SIEDZIBY</b>		
29. Miejscowość	30. Kod pocztowy	31. Poczta <sup>4</sup>
32. Ulica	33. Nr domu/Nr lokalu	
<b>DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK</b>		
34. Imię	35. Nazwisko	
36. Numer PESEL <sup>3</sup>		
<b>ADRES DO KORESPONDENCJI</b>		
37. Miejscowość	38. Kod pocztowy	39. Poczta <sup>4</sup>
40. Ulica	41. Nr domu/Nr lokalu	
<b>DOKUMENT DOŁĄCZONY DO WNIOSKU<sup>6</sup></b>		
42. Dowód uiszczenia opłaty za wydanie karty parkingowej i opłaty ewidencyjnej <sup>7</sup>		
<b>OŚWIADCZENIA<sup>6</sup></b>		
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) <sup>11</sup>	
<b>III. CZĘŚĆ C – ODBIÓR KARTY</b>		
<b>Potwierdzenie odbioru karty parkingowej</b>		
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		..... (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)
2) sprawuję władzę rodzicielską, opiekę lub kuratelę nad osobą niepełnosprawną uprawnioną do uzyskania karty parkingowej		

#### IV. CZĘŚĆ D – WZÓR PODPISU I ZDJĘCIE

48.  <p>WZÓR PODPISU<sup>13</sup></p>	49. <i>miejsce na fotografię 35 mm x 45 mm</i>
--	---

<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> Właściwe zaznaczyć, wstawiając znak „X”.

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

<sup>8</sup> 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.

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

<sup>10</sup> Niewłaściwe 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.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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/W/E (ogólnerozporządzenie o ochronie danych osobowych) informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Wadowicach przy ul. Mickiewicza 15 (w którego strukturach działa Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Wadowicach przy ul. Mickiewicza 27; tel. 33 873 21 11). Pełnomocnik i minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego są współadministratorami danych zgromadzonych w systemie przez powiatowe zespoły.
2. administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować pisemnie na adres e-mail: [iodpcpr@pcpr-wadowice.pl](mailto:iodpcpr@pcpr-wadowice.pl)
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu **wydania karty parkingowej osobie fizycznej / placówce upoważnionej do otrzymania karty parkingowej** na podstawie art. 6 ust. 1 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia, art. 8 ust. 4 ustawy z dnia 20 czerwca 1997r. Prawo o ruchu drogowym, § 2 ust. 1 *Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2014r., w sprawie wzoru oraz trybu wydawania i zwrotu kart parkingowych* oraz art. 6 ust 1 pkt b e *Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady*;
4. odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą organy administracji publicznej, obsługa informatyczna, radca prawny, firma świadcząca usługi hostingowe, firma administrująca program EKSMOoN;
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat;
7. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania jeżeli przepisy prawa nie ograniczają tych uprawnień;
8. ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (czyli Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych) gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
9. podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją niepodania tych danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku o wydanie karty parkingowej;
10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Potwierdzam zapoznanie się z niniejszą informacją

.....

Opłata za kartę parkingową w wysokości **21 zł** należy dokonać przelewem na konto:

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE  
Ul. Mickiewicza 15  
34-100 Wadowice

wraz z dopiskiem **OPLATA ZA KARTĘ PARKINGOWĄ** oraz podaniem imienia, nazwiska i adresu osoby, na którą będzie wydana karta

Nr rachunku:

**41 8111 1019 2002 2002 7737 0006**

Bekidzki Bank Spółdzielczy – oddział Wadowice

**UWAGA: proszę przed dokonaniem wpłaty skonsultować z pracownikiem Powiatowego Zespołu Orzekającego czy osoba jest uprawniona do otrzymania karty parkingowej!!!**