

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

Nr sprawy PZON.8322
(wypełnia organ)

Września. dn.....

Imię i nazwisko dziecka.....
Nr PESEL dziecka.....
Data i miejsce urodzenia dziecka.....
Adres zameldowania dziecka.....
Adres zamieszkania (pobytu) dziecka.....
Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka.....
Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka.....
Adres zameldowania przedstawiciela ustawowego dziecka.....
Adres zamieszkanie (pobytu) przedstawiciela ustawowego.....
Dowód osobisty.....telefon.....

Do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności we Wrześni ul. Słowackiego 2 (Stary Szpital)

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów:

- 1) konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie
- 2) korzystanie z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki)
- 3) uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- 4) uzyskanie świadczenia pielęgnacyjnego
- 5) uzyskanie karty parkingowej
- 6) uzyskania dodatku mieszkaniowego
- 7) inne
(jakie?).....

**Wniosek składam: po
raz pierwszy***

**w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia* w
związku ze zmianą stanu zdrowia***

Sytuacja społeczna dziecka:

Dziecko uczęszcza / nie uczęszcza do : przedszkola ogólnodostępnego, integracyjnego, specjalnego* w wymiarze godzin dziennie*,

Dziecko uczęszcza do : szkoły ogólnodostępnej, integracyjnej, specjalnej*; samodzielnie / niesamodzielnie* w wymiarze godzin tygodniowo*

Korzysta / nie korzysta* z nauczania indywidualnego w wymiarze godzin dziennie* Korzysta / nie korzysta* ze świetlicy szkolnej, stołówki szkolnej*

Oświadczam, że:

1. Władza rodzicielska przysługuje :

- obojgu rodzicom: w pełni, ograniczona (podać zakres)..... -
- matce: w pełni, ograniczona (podać zakres)..... -
- ojcu: w pełni, ograniczona (podać zakres).....
- inne
(wskazać).....

2. Przedstawiciel ustawowy dziecka pobiera / pobierał / nie pobiera* zasiłek pielęgnacyjny, świadczenie pielęgnacyjne* / inne.....
3. Składano / nie składano* uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności kiedy..... z jakim skutkiem.....
4. Dziecko może / nie może przybyć* na badanie przedmiotowe (jeżeli nie, to należy **załączyć zaświadczenie lekarskie** potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby),

5. w razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza nie będącego lekarzem z ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy wymogu ponoszenia kosztów we własnym zakresie.

Zobowiązuję się zawiadomić Powiatowy Zespół o każdej zmianie swego miejsca zamieszkania lub miejsca pobytu (zgodnie z art.41 KPA)

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy zgodnie z art.233 § 1 Kodeksu Karnego.

W załączeniu przedkładam dokumentację dotyczącą stanu zdrowia dziecka:

1.zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego, w ciągu miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku

2.kserokopie (oryginały do wglądu) posiadanej dokumentacji medycznej tj. karty informacyjne ze szpitala, badania specjalistyczne, konsultacje, wnioski opisowe badań RTG, EKG, EEG, TK, MR, USG i inne dokumenty medyczne.

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności we Wrześni z siedzibą ul. Słowackiego 2, 62-300 Września.
2. Inspektor ochrony danych. Możecie się Państwo kontaktować w sprawach dotyczących danych osobowych z wyznaczonym Inspektorem Ochrony Danych pod adresem email iod@comp-net.pl
3. Cele i podstawy przetwarzania. Przetwarzanie danych osobowych jest dokonywane w celu realizacji ustawowych zadań Administratora, zgodnie z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Podstawa prawna art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO.
4. Odbiorcy danych osobowych. W związku z przetwarzaniem danych w celach o których mowa w pkt 3 Państwa dane mogą zostać udostępnione innym uczestnikom tych postępowań i procedur oraz podmiotom i organom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, a także inne podmiotom z którymi administrator posiada umowy o powierzeniu danych.
5. Okres przechowywania danych. Państwa dane będą przechowywane przez czas realizacji zadań Administratora wskazanych wyżej, a następnie - zgodnie z obowiązującą u Administratora Instrukcją kancelaryjną oraz przepisami o archiwizacji dokumentów.
6. Prawa osób, których dane dotyczą. Zgodnie z przepisami prawa przysługuje Państwu:
 - prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
 - prawo do usunięcia danych osobowych, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej;
 - prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
 - prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa)
7. Informacja o wymogu zbierania danych. Podanie przez Państwa danych osobowych jest obowiązkiem wynikającym z przepisów prawa.
8. Pozyskiwanie danych z innych źródeł. W przypadku zbierania danych w inny sposób niż od osoby, której dane dotyczą, dane te są pozyskiwane z publicznych rejestrów lub ewidencji albo od innych organów władzy publicznej lub podmiotów wykonujących zadania publiczne lub działających na zlecenie organów władzy publicznej albo od innych uczestników postępowania.

*właściwe podkreślić i uzupełnić

.....
 podpis przedstawiciela
 ustawowego dziecka

Do wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności należy dołączyć: kserokopię odpisu skróconego aktu urodzenia lub kserokopię legitymacji szkolnej. Wnioski bez tych dokumentów nie będą przyjmowane.

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Numer PESEL.....Nr i seria dowodu osobistego.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

.....

.....

.....

.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowana rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium.....

.....

.....

.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące.....

.....

.....

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja.....

.....

.....

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie.....

6. Wykaz wykonanych badań danych dodatkowych (w załączeniu).....

.....

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia.....

.....

Czy lekarz wydający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

Tak / Nie*

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (rok).....

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (rok).....

W/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

Tak / Nie*

W/w Pan/i jest trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności. Tak / Nie*

UWAGA! Zaświadczenie ważne 30 dni od daty wystawienia.

.....
pieczętka i podpis lekarza

.....
(Imię i nazwisko wnioskodawcy)¹

.....
(miejscowość, data)

.....
(nr PESEL)

OŚWIADCZENIE

o miejscu pobytu stałego

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. *o ewidencji ludności* (Dz. U. z 2017 r., poz. 657, z późn. zm.) zgodnie z którym pobytym stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że moim miejscem pobytu stałego/ miejscem pobytu stałego dziecka/ miejscem pobytu stałego osoby w imieniu której składam wniosek² jest:

.....
(adres miejsca pobytu stałego)

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz. U. z 2017 r. poz. 2204, z późn. zm.) - *kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8* potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

.....
(podpis)

¹ Osoba, której dotyczy wniosek o wydanie orzeczenia.

² Niepotrzebne skreślić.