UWAGA! Należy wypełniać **czytelnie wszystkie** pola druku

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nr sprawy PCPR-PZO.720. .D.202…. ..... dnia .....

Imię/imiona i nazwisko dziecka .....

Nr PESEL dziecka / / / / / / / / / / / /

Seria i Nr dokumentu tożsamości oraz jego rodzaj .....
(dowód osobisty, paszport, legitymacja szkolna, odpis skrócony aktu urodzenia)

Data i miejsce urodzenia dziecka .....

Obywatelstwo .....

Adres zameldowania dziecka .....
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

Adres pobytu dziecka*(jeśli inny niż zameldowania)* .....
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka .....

Data i miejsce urodzenia przedstawiciela ustawowego .....

Obywatelstwo .....

Seria i Nr dokumentu tożsamości oraz jego rodzaj .....

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka / / / / / / / / / / / /

Adres zameldowania/pobytu przedst. ust. dziecka .....
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

Adres do korespondencji .....
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

Numer telefonu kontaktowego ..... **Adres e-mail** .....

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Stalowej Woli

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

- ☐ zasiłku pielęgnacyjnego
- ☐ uzyskania urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- ☐ zamieszkiwania w oddz. pokoju
- ☐ świadczenia pielęgnacyjnego
- ☐ korzystanie z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
- ☐ inne (jakie?) .....

Cel podstawowy złożenia wniosku /**proszę zaznaczyć JEDEN cel**/:

- ☐ zasiłku pielęgnacyjnego
- ☐ uzyskania urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- ☐ zamieszkiwania w oddz. pokoju
- ☐ świadczenia pielęgnacyjnego
- ☐ korzystanie z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
- ☐ inne (jakie?) .....

Oświadczam, że:

1. Składano / nie składano* uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności;

   jeżeli składano, to z jakim skutkiem: orzeczenie Nr …….....…… ważne do ……...…
2. Dziecko może / nie może* przybyć na posiedzenie składu orzekającego
   (jeżeli nie może, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby)
3. Sytuacja społeczno-zawodowa dziecka:
   ☐ dziecko uczęszcza/ nie uczęszcza* do żłobka
   ☐ dziecko uczęszcza/ nie uczęszcza* do przedszkola: ☐ ogólnodostępnego*, ☐ integracyjnego*, ☐ specjalnego*
   w wymiarze ..... godzin tygodniowo

UWAGA! Należy wypełniać **czytelnie** wszystkie pola druku

4. Dziecko uczęszcza samodzielnie*/ niesamodzielnie*, w wymiarze ..... godzin tygodniowo do:

   ☐ szkoły ogólnodostępnej /z internatem*/
   ☐ szkoły integracyjnej /oddział integracyjny*/
   ☐ szkoły specjalnej /z internatem*/
   ☐ szkoły specjalnej - oddział specjalny*,
   ☐ ośrodka szkolno-wychowawczego*

   - Korzysta / nie korzysta* z nauczania indywidualnego, w wymiarze ..... godzin tygodniowo
   - Korzysta / nie korzysta* ze: ☐ świetlicy szkolnej, ☐ stołówki szkolnej.
   - Korzysta ze sprzętu rehabilitacyjnego: ☐ TAK - rodzaj ……..…….. ☐ NIE

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 ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
6. 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 ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadom ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
7. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, przewodniczący powiatowego zespołu zawiadamia na piśmie osobę zainteresowaną o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
8. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie (art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego).
9. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego oświadczam, że dane zawarte w powyższym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

Do wniosku dołączam:

1. **oryginał** zaświadczenia o stanie zdrowia wydanego przez lekarza leczącego zawierające opis stanu zdrowia, rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących, potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych, wydane nie wcześniej, niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku przez lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba zainteresowana;
2. **uwierzytelnione kserokopie** posiadanej dokumentacji medycznej, tj. karty informacyjne ze szpitala, karty wizyt u lekarza rodzinnego lub/i specjalisty/ów w przychodni, badania specjalistyczne, konsultacje, wyniki opisowe badań RTG, RM, KT, USG, zaświadczenia lekarzy specjalistów (**w oryginale**) i inne dokumenty medyczne - **potwierdzające aktualny stan zdrowia**;
3. **kserokopia** odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka (oryginał do wglądu) lub kserokopia innego dokumentu potwierdzającego tożsamość dziecka (oryginał do wglądu).

Wniosek składany:

☐ po raz pierwszy
☐ z powodu pogorszenia stanu zdrowia
☐ z powodu upływu ważności orzeczenia

** niepotrzebne skreślić*

podpis przedstawiciela ustawowego dziecka[1]

[1] *w przypadku składania wniosku przez ośrodek pomocy społecznej na podstawie art. 6b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych należy przedstawić dowód wyrażenia zgody przez przedstawiciela ustawowego*

Klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. 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.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO" informuję, że:

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Stalowej Woli, ul. 1-go Sierpnia 12, 37-450 Stalowa Wola, telefon: 15 643 37 03 w zakresie danych zbieranych w formie tradycyjnej (papierowej) i w prowadzonych przez siebie bazach danych Elektronicznego Krajowego System Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności (EKSMOoN). Pełnomocnik Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych i Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego są współadministratorami, w rozumieniu art. 26 ust. 1 RODO, danych zgromadzonych w systemie EKSMOoN przez Powiatowy Zespół.
2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować za pośrednictwem adresu e-mail: iod@pcprstalowawola.pl lub pisemnie kierując korespondencję na adres Administratora. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych Pełnomocnika Rządu i Ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego dostępne są pod ich adresami stron internetowych.
3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu prowadzenia postępowania tj. rozpatrzenia wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) w zw. z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
4) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych, tj. 10 lat od daty upływu ważności orzeczenia.
5) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
6) Państwa dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
7) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
   a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
   b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
   c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
   d) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).
8) Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3. Nieprzekazanie danych udostępnianych dobrowolnie pozostaje bez wpływu na rozpoznanie sprawy.
9) Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

UWAGA! Należy wypełniać **czytelnie** wszystkie pola druku

INFORMACJA

o zakresie opieki i pielęgnacji sprawowanej nad dzieckiem
przez osobę ubiegającą się o orzeczenie o niepełnosprawności

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o orzeczenie .....

Imię i nazwisko dziecka .....

Data urodzenia .....

Adres zameldowania/pobytu ….....

Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji:

1. dziecko jest: ☐ leżące ☐ porusza się: ☐ samodzielnie ☐ o kulach ☐ na wózku inwalidzkim
   ☐ z pomocą drugiej osoby;
2. przyjmuje pokarmy: ☐ samodzielnie ☐ jest karmione przez druga osobę
   ☐ wymaga stosowania specjalnej diety (jakiej?) .....
3. rodzaj ograniczenia innych czynności (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych, itp.).....
   .....
   .....
4. rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia .....
   .....
   .....
   .....
5. rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno-leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu:
   dnia ……
   tygodnia ……
   miesiąca .....
6. częstotliwość wizyt lekarskich:
   w domu: w tygodniu …… w miesiącu .....
   poza domem: w tygodniu …… w miesiącu .....

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....	.....	.....
miejscowość	data	podpis osoby ubiegającej się o wydanie orzecz. o niepełnospr.

UWAGA! Należy wypełniać **czytelnie** wszystkie pola druku

Miejscowość .....

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej **Data** .....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA[1]

wydane dla potrzeb Zespołu do spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Stalowej Woli
(wypełnia tylko **j e d e n** lekarz)

Imię nazwisko dziecka .....

Data urodzenia .....

Adres zameldowania/pobytu .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (tylko 1 rozpoznanie i w języku polskim):

……

2. Przebieg schorzenia podstawowego .....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

4. Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja .....

.....

.....

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

.....

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia dziecka (w załączeniu) .....

.....

.....

7. Czy u w/w dziecka nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia (*dotyczy ubiegających się o ponowne orzeczenie)* ☐ TAK ☐ NIE

……
……
……
……
dodatkowe uwagi lekarza wystawiającego zaświadczenie

.....
pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

[1] **Zaświadczenie ważne jest 30 dni od dnia jego wystawienia.**
Brak pieczątek podmiotu wystawiającego zaświadczenie lub/i podpisu lekarza powoduje nieważność zaświadczenia