

PZOON.8321.2.....20...



Miejsce na adnotacje urzędowe

Do
 Powiatowego Zespołu
 do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
 ul. 17 Stycznia 143, 64-400 Międzychód (pok. 14)
 Tel. 95 748 8724

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

(dotyczy osób poniżej 16 roku życia)

po raz pierwszy z powodu upływu ważności orzeczenia w związku ze zmianą stanu zdrowia

Uwaga! Osoba niepełnosprawna może ponownie wystąpić z wnioskiem nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia

Dane dziecka (osoby do 16 roku życia):

IMIĘ [][][][][][][] IMIĘ DRUGIE [][][][][][][][][]
 NAZWISKO [][][][][][][][][][][][][][][][][][][]
 Data urodzenia [][]-[][]-[][][][] Miejsce urodzenia.....
dzień – miesiąc – rok
 Numer PESEL [][][][][][][][][][] Obywatelstwo*
 Nr odpisu skróconego aktu urodzenia
 Adres zameldowania dziecka
 Adres pobytu dziecka.....

Dane przedstawiciela ustawowego dziecka (rodzic, opiekun prawny)

IMIĘ [][][][][][][] IMIĘ DRUGIE [][][][][][][][][]
 NAZWISKO [][][][][][][][][][][][][][][][][][][]
 Data urodzenia [][]-[][]-[][][][] Miejsce urodzenia.....
dzień – miesiąc – rok
 Numer PESEL [][][][][][][][][][] Obywatelstwo*
 Nr dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość:
 [][][][][][][][][]
 Adres zameldowania
 Adres do korespondencji

*obywatelstwo w przypadku cudzoziemca nieposiadającego numeru PESEL

Wniosek składam dla celów (najważniejszy cel zaznaczyć krzyżykiem):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego | <input type="checkbox"/> Korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie innych przepisów |
| <input type="checkbox"/> Uzyskanie świadczenia pielęgnacyjnego | <input type="checkbox"/> Inne (wymienić jakie): |
| <input type="checkbox"/> Zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju | |
| <input type="checkbox"/> Uzyskanie urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze | |

Sytuacja społeczna i rodzinna dziecka (właściwe zaznaczyć krzyżykiem):

• **Zdolność do samodzielnego funkcjonowania dziecka:**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Porusza się samodzielnie | <input type="checkbox"/> Porusza się z pomocą drugiej osoby |
| <input type="checkbox"/> Porusza się o kulach | <input type="checkbox"/> Jest leżące |
| <input type="checkbox"/> Porusza się na wózku inwalidzkim | |

• **Dziecko przyjmuje pokarmy:**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Samodzielnie | <input type="checkbox"/> Jest karmione przez drugą osobę |
| <input type="checkbox"/> Wymaga stosowania specjalnej diety (jakiej?): | |

• **Rodzaj ograniczenia innych czynności (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych)**

.....
.....

• **Rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia**

.....
.....

• **Rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno – leczniczych wykonywanych w ciągu dnia tygodnia**

miesiąca**

• **Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:**

nie tak, jakiego:

• **Dziecko uczęszcza do**:**

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> żłobka | <input type="checkbox"/> przedszkola |
| <input type="checkbox"/> szkoły | <input type="checkbox"/> Nie dotyczy |
| ▪ Ogólnodostępnej | ▪ Integracyjnej |
| ▪ Specjalnej | ▪ Ośrodka szkolno - wychowawczego |
| ▪ Ogólnodostępnej z internatem | ▪ Nie dotyczy |

** właściwe zaznaczyć krzyżykiem

Oświadczam, że:

- 1)** Dziecko **nie posiada** / Dziecko **posiada** orzeczenie o niepełnosprawności wydane
ważne do dnia
- 2)** Dziecko **może**/ Dziecko **nie może** przybyć na posiedzenie składu orzekającego
Jeżeli nie - należy dołączyć do wniosku zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału
w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej
osobiste stawiennictwo
- 3)** Aktualnie toczy / Nie toczy się w sprawie dziecka postępowanie przed sądem powszechnym
w sprawie ustalenia niepełnosprawności
- 4) W razie stwierdzenia przez zespół ds. orzekania o niepełnosprawności konieczności uzupełnienia dokumentacji
medycznej m.in. poprzez wykonanie: badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, dostarczenie historii
choroby z poradni specjalistycznych, **jestem świadomy ponoszenia kosztów ich wykonania we własnym zakresie.**
- 5) **Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu pobytu do momentu zakończenia postępowania
w sprawie.**
Art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 735, z późn. zm.)
§ 1. W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji
publicznej o każdej zmianie swojego adresu, w tym adresu elektronicznego.
§ 2. W razie zaniedbania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.
- 6) **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.**
- 7) **Wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności jest
autentyczna i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności
dokumentów.**
Art. 270 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, z późn. zm.)
§ 1. Kto, w celu użycia za autentyczny, podrabia lub przerabia dokument lub takiego dokumentu jako autentycznego używa,
podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.
§ 2. Tej samej karze podlega, kto wypełnia blankiet, opatrzony cudzym podpisem, niezgodnie z wolą podpisanego i na jego
szkodę albo takiego dokumentu używa.
§ 2a. W wypadku mniejszej wagi, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności
do lat 2.
§ 3. Kto czyni przygotowania do przestępstwa określonego w § 1, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności
albo pozbawienia wolności do lat 2.
- 8) **Zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej (załącznik nr 2 do wniosku) dotyczącej przetwarzania danych
osobowych w celu wydania orzeczenia o niepełnosprawności, w tym z informacją o celu
i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz o przysługujących mi prawach.**
- 9) **Władza rodzicielska przysługuje (właściwe podkreślić)**
- obojgu rodzicom: w pełni, ograniczona (podać zakres)
- matce: w pełni, ograniczona (podać zakres)
- ojcu: w pełni, ograniczona (podać zakres)
- inne (wskazać)

** właściwe zaznaczyć krzyżykiem

.....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

UWAGA! DO WNIOSKU KONIECZNIE NALEŻY DOŁĄCZYĆ:

1. Oryginał:

- **WNIOSKU** w sprawie wydania orzeczenia niepełnosprawności (wypełniony czytelnie i podpisany),
- **ZAŚWIADCZENIA LEKARSKIEGO** o stanie zdrowia wypełniony przez lekarza (wystawionego na 30 dni przed dniem złożenia wniosku),

2. kserokopie (**oryginały do wglądu**) posiadanej dokumentacji medycznej potwierdzającej AKTUALNY stan zdrowia zgodny z opisem zawartym w zaświadczeniu o stanie zdrowia wystawionym przez lekarza :

- karty informacyjne leczenia szpitalnego , zaświadczenia lekarskie,
- badania specjalistyczne, konsultacje, opinie leczących specjalistów,
- aktualny audiogram (w przypadku schorzeń laryngologicznych),
- aktualne wyniki badań laboratoryjnych, wyniki opisowe badań RTG, EKG, EEG, TK, MR, USG,
- historia choroby i inne dokumenty medyczne
- opinia z Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej,
- w przypadku nauczania indywidualnego – orzeczenie kwalifikacyjne oraz aktualne badanie psychologiczne.

3. kserokopia **orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu)**,

4. oryginał skróconego odpisu aktu urodzenia dziecka (**do wglądu**),

5. składając wniosek należy okazać **dokument tożsamości osoby zainteresowanej**, wymieniony we wniosku,

6. jeżeli wniosek składa opiekun prawny, to należy załączyć **postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego**.

Załączniki:

Nr 1 – Zgoda na przetwarzanie dodatkowych danych

Nr 2 – Klauzula informacyjna

Zgoda na przetwarzanie dodatkowych danych osobowych

Ustawa z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z zapewnieniem stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) (Dz. Urz. UE z 2016 r. seria L, nr 119) **wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych również w zakresie numeru telefonu.

Nr telefonu [][][][][][][][][][]

.....
podpis przedstawiciela ustawowego

KLAUZULA INFORMACYJNA

dotycząca przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Międzychodzie

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 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 (ogólnie rozporządzenie o ochronie danych) informujemy że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Starostwie Powiatowym w Międzychodzie jest Starosta Międzychodzki z siedzibą w Międzychodzie, ul. 17 Stycznia 143, e-mail: starostwo@powiat-miedzychodzki.pl
2. Inspektorem ochrony danych osobowych jest Pani Agnieszka Krupa - Sokołowska, e-mail: inspektor@powiat-miedzychodzki.pl
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 573) w zakresie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności w tym dane o stanie zdrowia, wyłącznie do celów realizacji zadań niezbędnych do ich wykonania.
4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą podmioty upoważnione do uzyskania Pani/Pana danych osobowych na podstawie przepisów prawa, a także podmioty, którym na podstawie zawartej umowy powierzono przetwarzanie danych osobowych.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, ich poprawiania i sprostowania.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do 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.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkiem ustawowym. Każdy zainteresowany zobowiązany jest do podania swoich danych osobowych, których zakres wynika z przepisów prawa, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie pozostawienie sprawy bez rozpatrzenia.
9. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również nie będą profilowane.