

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

Nr sprawy PZON.610.
(wypełnia organ)

Września. dn.....

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

Do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności we Wrześni ul. Wojska Polskiego 1

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.

Informujemy, że strona i jej przedstawiciele mają obowiązek zawiadomić Powiatowy Zespół o każdej zmianie swego miejsca zamieszkania. W razie zaniedbania tego obowiązku korespondencję pozostawia się w aktach sprawy ze skutkiem doręczenia, chyba że nowy adres jest ww. Zespołowi znany.

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.

*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

*niepotrzebne skreślić

.....
(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.

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Przewodniczący Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą we Wrześni przy ul. Wojska Polskiego 1, 62-300 Września, tel. 61 640 45 56,
2. W sprawach związanych z danymi osobowymi można kontaktować się z inspektorem ochrony danych pod adresem: inspektor@osdidk.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wydawania orzeczeń o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności oraz kart parkingowych i legitymacji osoby niepełnosprawnej na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
4. W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym powyżej, Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych, którymi mogą być:
 - 1/ podmioty upoważnione do odbioru Pani/Pana danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa;
 - 2/ podmioty, które przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające).
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazanego powyżej celu przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa.
7. W związku z przetwarzaniem przez Administratora danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo: dostępu do treści danych, do sprostowania danych, do usunięcia danych, do ograniczenia przetwarzania danych, do przenoszenia danych, do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.
(Uwaga: realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych, a także m. in. z zasadami wynikającymi z kodeksu postępowania administracyjnego czy archiwizacji; usunięcie danych jest niemożliwe z uwagi na konieczność wywiązywania się z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania danych).
8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, właściwego w sprawach ochrony danych osobowych,
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest:
 - 1/ warunkiem prowadzenia sprawy w Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności i wynika z przepisów prawa;
 - 2/ dobrowolne, jednak niezbędne do załatwienia sprawy w Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności .
10. Pani/Pana dane nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również profilowaniu.

Potwierdzam zapoznanie się z treścią klauzuli informacyjnej.

Data

Podpis.....