



3. Informacja o funkcjonowaniu dziecka oraz zakresie pielęgnacji:

a) zdolność do samodzielnego funkcjonowania*:	samodzielnie	z pomocą	konieczna opieka
wykonywanie czynności samoobsługowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
poruszanie się w środowisku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego (jakiego?).....

	niezbędne	wskazane	zbędne
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Dziecko uczęszcza / nie uczęszcza\* do:

żłobka, przedszkola ogólnodostępnego/integracyjnego/specjalnego\*  
szkoły ogólnodostępnej/integracyjnej/specjalnej\*, z oddziałem integracyjnym/specjalnym\*

5. W przypadku wystawienia przez specjalistę skierowania na badania specjalistyczne wykonywane w Wojewódzkim Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie **jestem świadomy wymogu ponoszenia kosztów związanych z dojazdem 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 świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**

7. Zobowiązuje się do informowania Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Wadowicach (zgodnie z art.. 41 KPA) o każdej zmianie adresu lub miejsca pobytu.

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego, które **jest ważne 30 dni od daty wystawienia;**
2. dokumentację medyczną, psychologiczną;
3. kserokopię prawomocnego orzeczenia;
4. inne dokumenty (podać jakie).....

**UWAGA!**

Opiekun dziecka posiadającego orzeczenie o niepełnosprawności wydane na czas określony, może wystąpić o ponowne ustalenie niepełnosprawności, **nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia** (nie dotyczy zmiany stanu zdrowia).

**OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMA/Y ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY**

• właściwie zaznaczyć

.....  
data i podpis przedstawiciela ustawowego

Wniosek wraz z dokumentacją należy złożyć  
do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Wadowicach ul. Mickiewicza 27  
Dodatkowe informacje pod nr tel. 33 873 21 11 Godziny przyjęć: od poniedziałku do piątku od 7<sup>30</sup> do 15<sup>30</sup>

.....  
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....  
miejsowość i data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA**  
**wydane dla potrzeb**  
**Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia..... PESEL.....

Adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego - początek ( ustalony na podstawie jakiej dokumentacji);  
stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania  
choroby: .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja - rodzaj, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:

.....  
.....  
.....  
.....

5. Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

.....  
.....  
.....

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:.....

.....  
.....

..

7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)

.....  
.....  
.....

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych (w załączeniu):

.....  
.....  
.....

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

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

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd w dokumentację medyczną pacjenta?  
TAK/NIE\*

**Czy pacjent jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo? TAK/NIE\***

Czy u w/w dziecka nastąpiło istotne pogorszenie zdrowia (dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie)? TAK/NIE\*

.....  
pieczęć i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

\*niepotrzebne skreślić

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 (ogólne rozporządzenie 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).
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 prowadzenia postępowania o **wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/ o niepełnosprawności** na podstawie art. 6 ust. 1 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia § 2 pkt. 1 i pkt. 2 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 lipca 2003r., §1 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 r. w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16 roku życia (Dz. U. Nr 17, poz. 162 ze zm. oraz art. 6 ust 1 pkt b e Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady;
4. odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą członkowie zespołów orzekających, mogą być również organy administracji publicznej żądające udzielania informacji na podstawie pismenego wniosku w związku z toczącym się przed tym organem postępowaniem, 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 50 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 i wydania orzeczenia;
10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Potwierdzam zapoznanie się z niniejszą informacją

.....

.....  
(imie i nazwisko wnioskodawcy)<sup>1</sup>

.....  
(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 wniosek<sup>2</sup> 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)

<sup>1</sup> Osoba, której dotyczy wniosek o wydanie orzeczenia.

<sup>2</sup> Niepotrzebne skreślić.