

**WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA
O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DZIECKA**
(WYPEŁNIAĆ CZYTELNIEM PISMEM DRUKOWANYM)

PIERWSZORAZOWY / POWTÓRNY – W CELU KONTYNUACJI/ W ZWIĄZKU ZE ZMIANĄ STANU ZDROWIA

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA.....

DATA I MIEJSCE URODZENIA.....

SERIA I NR DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ.....

NR PESEL.....

ADRES ZAMELDOWANIA NA POBYT STAŁY.....

ADRES MIEJSCA POBYTU.....

ADRES DO KORESPONDENCJI.....

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO DZIECKA

IMIĘ I NAZWISKO.....

DATA I MIEJSCE URODZENIA.....

SERIA I NR DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ.....

NR PESEL.....

ADRES ZAMELDOWANIA NA POBYT STAŁY.....

ADRES MIEJSCA POBYTU.....

ADRES DO KORESPONDENCJI.....

NR TELEFONU.....

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Wadowicach

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dziecka w celu uzyskania –
(właściwe podkreślić):

- zasiłku pielęgnacyjnego,
- świadczenia pielęgnacyjnego,
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
- korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów, inne (jakie).....

Dane dotyczące sytuacji społecznej dziecka:

wykonywanie czynności samoobsługowych – właściwe zaznaczyć:

SAMODZIELNIE / Z POMOCĄ / OPIEKA / NIE DOTYCZY ze względu na wiek dziecka

poruszanie się w środowisku – właściwe zaznaczyć:

SAMODZIELNIE / Z POMOCĄ / OPIEKA / NIE DOTYCZY ze względu na wiek dziecka

korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego – *podać jakiego*.....

Dziecko UCZĘSZCZA / NIE UCZĘSZCZA do (właściwe zaznaczyć):

- żłobka
- przedszkola ogólnodostępnego / integracyjnego / specjalnego
- szkoły ogólnodostępnej / szkoły ogólnodostępnej z internatem / szkoły integracyjnej
- oddziału integracyjnego / oddziału specjalnego
- szkoły specjalnej / szkoły specjalnej z internatem
- ośrodka szkolno – wychowawczego.

Oświadczam, że:

1. SKŁADANO / NIE SKŁADANO (właściwe zaznaczyć) uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, dziecko ZALICZONO / NIE ZALICZONO do osób niepełnosprawnych, orzeczenie ważne DO DNIA.....,

2. aktualnie TOCZY SIĘ / NIE TOCZY SIĘ (właściwe zaznaczyć) w sprawie dziecka postępowanie przed innym organem orzeczniczym (np. Wojewódzkim Zespołem, Sądem), podać jakim i w jakiej sprawie

3. dziecko MOŻE / NIE MOŻE PRZYBYĆ (właściwe zaznaczyć) z opiekunem na posiedzenie składu orzekającego;

4. w przypadku wystawienia przez specjalistę skierowania na badania specjalistyczne wykonywane w Wojewódzkim Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie jestem świadoma/y wymogu ponoszenia kosztów związanych z dojazdem we własnym zakresie;

5. w razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia jestem świadoma/y wymogu ich dołączenia we własnym zakresie i ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie;

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

W załączeniu do wniosku przedkładam:

- zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności wystawione przez lekarza pod opieką którego dziecko pozostaje, ważne przez 30 dni od daty wystawienia,
- posiadaną dokumentację medyczną, psychologiczną, pedagogiczną (kserokopie uwierzytelnione za zgodność z oryginałem lub kserokopie i oryginały do wglądu),
- kserokopię prawomocnego orzeczenia – oryginał do wglądu.

Uwagi: opiekun dziecka posiadającego orzeczenie o niepełnosprawności, wydane na czas określony i starający się o jego kontynuację, może wystąpić o ponowne ustalenie niepełnosprawności, nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadoma/y odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....
data i czytelny podpis imieniem i nazwiskiem przedstawiciela ustawowego
lub opiekuna prawnego dziecka (w tym przypadku należy dołączyć postanowienie Sądu)

INFORMACJA ADMINISTRATORA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

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). Pełnomocnik i minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego są współadministratorami danych zgromadzonych w systemie przez powiatowe zespoły.
2. administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować pisemnie na adres e-mail: 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 15 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 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

.....
czytelny podpis przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego dziecka

OŚWIADCZENIE O MIEJSCU POBYTU STAŁEGO DZIECKA

Imię i nazwisko dziecka:

.....

Nr PESEL.....

Pouczona/y o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności zgodnie z którym podytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że miejscem pobytu stałego dziecka w imieniu którego składam wniosek jest:

.....
(adres miejsca pobytu stałego)

Oświadczam, że uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r, Kodeks Karny - kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub 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.

.....
data i czytelny podpis imieniem i nazwiskiem przedstawiciela ustawowego
lub opiekuna prawnego dziecka

**WNIOSEK WRAZ Z DOKUMENTACJĄ NALEŻY ZŁOŻYĆ LUB WYSLAĆ POCZTĄ DO
POWIATOWEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
w Wadowicach, ul. Mickiewicza 27, dodatkowe informacje pod nr tel. 33 873 21 11,**

GODZINY PRACY: poniedziałek, środa, czwartek: 7:30 – 15:30, wtorek: 7:30 – 16:30, piątek: 7:30 – 14:30

UWAGA! ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE WAŻNE JEST 30 DNI OD DATY WYSTAWIENIA

.....
(miejsowość i data)

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA
WYDANE DLA POTRZEB
ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W WADOWICACH
(wypełnia w całości lekarz, łącznie z danymi osobowymi pacjenta)**

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*

W/w Pan/i WYMAGA/NIE WYMAGA* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

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*

W przypadku braku możliwości odbycia podróży należy ten fakt uzasadnić:.....

.....
.....

Czy u w/w dziecka nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia od czasu poprzedniego badania przez Zespół TAK/NIE/orzeczenie pierwszorazowe*

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

*niepotrzebne skreślić