

## WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DZIECKA

(WYPEŁNIAĆ CZYTELNIE)

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.....OBYWATELSTWO.....

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.....OBYWATELSTWO.....

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
- edukacja domowa.

**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 PRZYBYĆ / 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 z art. 41 KPA) o każdej zmianie adresu lub miejsca pobytu.

**W załączeniu do wniosku przedkładam:**

- ZASWIADCZENIE LEKARSKIE o stanie zdrowia wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności wystawione przez lekarza pod opieką którego dziecko pozostaje, ważne przez 3 miesiące 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 2 miesiące 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 przedstawić oryginał postanowienia 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](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 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 pismennego 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 3 MIESIĄCE OD DATY WYSTAWIENIA**

.....  
(miejscowość 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 jeden lekarz, czytelnie, 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