

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

Numer sprawy:

PZOON.70. 2023

Numer poprzedniej sprawy:

.....

.....

Miejscowość i data

UWAGA: W przypadku ponownego ubiegania się o przyznanie niepełnosprawności wniosek należy złożyć nie wcześniej niż na 30 dni przez wygaśnięciem ważności poprzedniego orzeczenia!!!

Imię i nazwisko dziecka

Numer PESEL dziecka.....

Numer i seria dowodu osobistego/leg.szkolnej/aktu urodzenia dziecka.....

Data i miejsce urodzenia dziecka

Adres zameldowania dziecka.....

Adres zamieszkania dziecka

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka

Numer PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka

Numer i seria dowodu osobistego przedstawiciela ustawowego dziecka

Adres zameldowania przedstawiciela ustawowego dziecka

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka

Telefon kontaktowy

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności
w Ostrowcu Świętokrzyskim**

Zwracam się z prośbą o wydanie mi orzeczenia o niepełnosprawności dla celów* :

- konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- korzystanie z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji / korzystanie z usług socjalnych , opiekuńczych , terapeutycznych i rehabilitacyjnych
- korzystanie z uprawnień art.8 ust.1 ustawy z 20.06.1997r. -Prawo o ruchu drogowym
- uzyskanie przez opiekuna zasiłku pielęgnacyjnego
- uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- Inne – korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów

Oświadczam, że:

- 1) dziecko pobiera/ pobierało* zasiłek pielęgnacyjny,
- 2) składano/ nie składano* uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, jeśli składano to (kiedy?)..... (z jakim skutkiem?), (ważne do dnia?).....,
- 3) 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),
- 4) 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 kosztów we własnym zakresie.
- 5) Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka oraz moich przez Administratora Danych Osobowych tj. Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Świętokrzyska 22, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski, w celu rozpatrzenia niniejszego wniosku.
- 6) Zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej (dostępnej na stronie internetowej bądź w siedzibie Zespołu).

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

Uwaga !!! Do wniosku należy dołączyć:

1. „Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności” – w oryginale.
2. Aktualne dowody leczenia: posiadane opinie i konsultacje lekarzy specjalistów, opisy zdjęć RTG, karty informacyjne leczenia szpitalnego oraz inną dokumentację medyczną – kserokopie i oryginały (oryginały należy przynieść wyłącznie do wglądu).
3. Posiadane orzeczenia o grupach inwalidzkich oryginały i kopie (Zespół Orzekający).

Informacja o zakresie opieki i pielęgnacji sprawowanej nad dzieckiem przez osobę ubiegającą się o zasiłek pielęgnacyjny lub świadczenie pielęgnacyjne. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji:

1. dziecko jest leżące / porusza się samodzielnie / porusza się o kulach / na wózku inwalidzkim / z pomocą drugiej osoby*
2. przyjmuje pokarmy samodzielnie / jest karmione przez drugą osobę / wymaga stosowania diety*
3. rodzaj ograniczenia innych czynności (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych)
4. rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia
5. rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno-leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia, tygodnia, miesiąca
6. częstotliwość wizyt lekarskich w domu, poza domem, w tygodniu, w miesiącu

Sytuacja społeczna dziecka

1. dziecko uczęszcza / nie uczęszcza* do przedszkola: ogólnodostępnego / integracyjnego / specjalnego* w wymiarze godzin dziennie / tygodniowo*
2. dziecko uczęszcza do szkoły ogólnodostępnej / integracyjnej / specjalnej* samodzielnie/ niesamodzielnie* w wymiarze godzin dziennie / tygodniowo
3. korzysta / nie korzysta* z nauczania indywidualnego w wymiarze godzin dziennie / tygodniowo*
4. korzysta / nie korzysta ze świetlicy szkolnej / stołówki szkolnej*

* niepotrzebne skreślić

.....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

OŚWIADCZENIE o miejscu pobytu stałego

(Wypełniają osoby posiadające nowe dowody osobiste, w których brak jest adresu zamieszkania)

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010r. o ewidencji ludności (Dz. U. z 2022 r. poz. 1191 z późn. zm.), zgodnie z którym pobytem 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 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1138 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)

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
miejscowość i data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka do 16-go roku życia

wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

orzeczenie pierwszorazowe

orzeczenie powtórne*

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Nr i seria legitymacji szkolnej PESEL

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. **(Wypełnić w przypadku, gdy dziecko posiada chorobę narządu wzroku)**

Wzrok OP bez korekcji

Wzrok OL bez korekcji

Wzrok OP z korekcją

Wzrok OL z korekcją

Zwężenie pola widzenia

Rozpoznanie

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

5. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium

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

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

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

7. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

.....
.....

8. Wykaz dokonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)

.....
.....

9. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

.....
.....

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

.....

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data)

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta
TAK / NIE*

W/w dziecko wymaga / nie wymaga* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w dziecko jest trwale niezdolne do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności TAK / NIE*

U w/w dziecka nastąpiło / nie nastąpiło* istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania dla celów orzecznich.

.....

(pieczęć i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie)

* niepotrzebne skreślić

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Ostrowcu Świętokrzyskim

Zgodnie z art. 13 ust. 1-2 oraz art. 14 ust. 1-2 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 w skrócie **RODO** informujemy:

1. **Administratorem Twoich Danych jest** Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Ostrowcu Świętokrzyskim, którego siedzibą jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Świętokrzyska 22, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski, e-mail: orzecznictwo@pcpr.ostrowiec.pl, telefon 41 249 94 14
2. **Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Ostrowcu Świętokrzyskim przetwarza Twoje dane w celu wydania orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności oraz orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień.**
Na podstawie:
 - Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 100.)
 - Ustawy z dnia 20 czerwca 1997r. – Prawo o ruchu drogowym (tj. Dz. U. z 2022 r. poz. 988 z późn. zm.)
3. **W związku z przetwarzaniem danych w celach określonych w pkt. 2 Twoje dane będą udostępnione innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych.**
Odbiorcami Twoich danych będą:
 - 1) Ty sam jako Strona postępowania, jako Wnioskodawca, Twój Pełnomocnicy,
Uwaga: Organy publiczne, które mogą otrzymywać Twoje dane osobowe w ramach konkretnego postępowania zgodnie z prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego, nie są uznawane za odbiorców.
4. **Okres przechowywania danych osobowych:**
Twoje dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wskazany w pkt. 3 celów przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z Jednolitego Rzeczonego Wykazu Akt.
5. **W związku z przetwarzaniem przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Ostrowcu Świętokrzyskim Twoich danych osobowych przysługuje Ci:**
 - Prawo dostępu do swoich danych osobowych,
 - Prawo do ograniczenia ich przetwarzania,
 - Prawo do sprostowania swoich danych osobowych,
 - Prawo do usunięcia danych,
 - Prawo do przenoszenia swoich danych,
 - Prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Twoich danych osobowych.**Uwaga:** pozytywne rozpatrzenie Twojego sprzeciwu wobec przetwarzania danych lub prawa do przeniesienia danych musi być zgodny z przepisami prawa na podstawie których odbywa się przetwarzanie.
6. **W przypadku przetwarzania danych w oparciu o zgodę,** przysługuje Ci prawo do cofnięcia tej zgody w dowolny momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. W przypadku uznania, iż przetwarzanie Twoich danych osobowych narusza przepisy 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/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.) przysługuje Ci prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie przez Ciebie danych osobowych jest:
 - Dobrowolne, jest konieczne do załatwienia sprawy,
 - Wymogiem ustawowym, wynika z przepisów Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 100.)
9. Twoje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
10. **Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, profilowanie:**
Twoje dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

Dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Ostrowcu Świętokrzyskim w celu wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym, wykonania zadanie określonego w przepisach prawa.

Potwierdzam zapoznanie się z powyższym tekstem i zrozumienie przysługujących mi praw

Ostrowiec Świętokrzyski, data podpis