

Nr sprawy.....

(miejsowość, data)

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

Imię i nazwisko dziecka

Nr PESEL dzieckaNr i rodzaj dokumentu tożsamości dziecka (legitymacja szkolna, paszport, skrócony akt urodzenia).....

Data i miejsce urodzenia dziecka.....

Obywatelstwo.....

Adres zamieszkania dziecka (pobyt stały).....

Adres zamieszkania dziecka (pobyt czasowy)

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka

PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka.....

Nr i rodzaj dokumentu tożsamości (dowód osobisty, paszport, skrócony akt urodzenia).....Obywatelstwo

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka (pobyt stały)

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka (pobyt czasowy)

Miejsce urodzenia przedstawiciela ustawowego dziecka.....

Nr telefonu.....

Adres do korespondencji

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Inowrocławiu

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów:

- zasiłku pielęgnacyjnego,
- świadczenia pielęgnacyjnego
- inne (jakie?)

Oświadczam, że:

1. dziecko pobiera / pobierało zasiłek pielęgnacyjny,
2. aktualnie toczy się/nie toczy się postępowanie przed innym organem orzeczniczym dot. dziecka, podać jakim
3. składano / nie składano uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności kiedy (dokładna data).....
z jakim skutkiemNr orzeczenia.....
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 ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Wydanie orzeczenia niezbędne jest dla celów: (zakreślić odpowiedni punkt)

- 1) Konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie danej osoby*
- 2) Korzystanie z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki *
- 3) Konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji *
- 4) Konieczność stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji*

- 5). Spełnienie przez osobę niepełnosprawną przesłanek określonych w art. 8 ust. 3a pkt. 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997r. - Prawo o ruchu drogowym*
- 6). Wymagana dodatkowa powierzchnia zamieszkania*

Cel podstawowy pkt...../wpisać jeden z pkt. wyszczególnionych powyżej.

.....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

* niepotrzebne skreślić

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania Niepełnosprawności z siedzibą w Inowrocławiu dla celów ustalenia niepełnosprawności zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.

.....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

Wniosek o ponowne ustalenie niepełnosprawności (nie dotyczy wniosku o zmianę stanu zdrowia) należy składać nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż wniosek zostanie rozpatrzony po wygaśnięciu ważności poprzedniego orzeczenia.

.....
podpis przedstawiciela ustawowego
dziecka

W toku postępowania administracyjnego, strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy, mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swego adresu, zgodnie z Kodeksem postępowania administracyjnego. W przeciwnym razie, pismo wysłane na podany, nieaktualny adres, zostanie włączone do akt sprawy, ze skutkiem doręczenia

INFORMACJA
o zakresie opieki i pielęgnacji sprawowanej nad dzieckiem
przez osobę ubiegającą się o zasiłek pielęgnacyjny

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o zasiłek:

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia dziecka:

Miejsce zamieszkania:

I. Zakres sprawowanej opieki pielęgnacyjnej:

1. dziecko jest leżące*, porusza się samodzielnie*, o kulach*, na wózku inwalidzkim*, z pomocą osoby drugiej*.
2. przyjmuje pokarmy samodzielnie*, jest karmione przez drugą osobę*, wymaga stosowania specjalistycznej diety* (jakiej?)
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 rehabilitacyjnych - leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia*, tygodnia*, miesiąca.....
6. częstotliwość wizyt lekarskich w domu*, poza domem*, w tygodniu*, miesiącu*

II. 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 tygodniowo
3. korzysta*, nie korzysta* z nauczania indywidualnego w wymiarzegodzin dziennie*, tygodniowo*,
4. korzysta*, nie korzysta* ze świetlicy szkolnej*, stołówki szkolnej*.

Prawidłowość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem

*niepotrzebne skreślić

.....
podpis osoby ubiegającej się o zasiłek pielęgnacyjny

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

Miejscowość

Data

Zaświadczenie ważne jeden miesiąc

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka
wydane dla potrzeb
Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia

Adres zamieszkania

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego.....

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

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

4. Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

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

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

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

6. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia dziecka (w załączniku)

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

.....
pieczęć i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

Zaświadczenie powinno być w całości wypełnione w języku polskim przez lekarza opisującego stan zdrowia wnioskodawcy (dotyczy również danych osobowych wnioskodawcy).

KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, RODO), informuję, iż:

1. **Administratorem Twoich danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności** z siedzibą w Inowrocławiu ul. Mątewska 17, 88-100 Inowrocław, reprezentowany przez Przewodniczącego Zespołu.
2. **Inspektorem Ochrony Danych jest: Inspektor wyznaczony dla Starostwa Powiatowego w Inowrocławiu. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych:** Biuro Ochrony Informacji Niejawnych, Zarządzania Kryzysowego i Spraw Obywatelskich, e-mail służbowy: zarzadzanie.kryzysowe@inowroclaw.powiat.pl, tel. służbowy: 52 357 00 16.
3. Możesz kontaktować z nami w następujący sposób: listownie (na adres Administratora), e-mailowo i telefonicznie (podane w punkcie 1 i 2).
4. **Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:**
 - **wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**, uzyskania ulg i uprawnień na podstawie obowiązku wynikającego z art. 6 i 6 b ust.1 oraz art. 6 d ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1172 z późn. zm.), § 6 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z 2018 r., poz. 2027), rozporządzenie 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. 2002 r., Nr 17, poz. 162), rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2007 r. w sprawie wykonywania badań specjalistycznych na potrzeby orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z 2007 r., Nr 250, poz. 1875) oraz art. 6 ust 1 lit c, art. 9 ust. 2 lit. b, art. 10 RODO.
 - **wydania legitymacji dokumentującej niepełnosprawność lub stopień niepełnosprawności (LON)** na podstawie obowiązku wynikającego z art.6 ca ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1172 z późn. zm.), § 35 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności oraz art. 6 ust 1 lit c, art. 9 ust. 2 lit. B RODO.
 - **wydania karty parkingowej dla osoby niepełnosprawnej lub placówki**, na podstawie obowiązku wynikającego z art. 8 ustawy Prawo o ruchu drogowym (t. j. Dz. U. 2018 r., poz. 1990 z późn. zm.), rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2014 r. w sprawie wzoru oraz trybu wydawania i zwrotu kart parkingowych (Dz. U. 2016, poz. 1438), rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 czerwca 2014 r. w sprawie rodzaju placówek uprawnionych do uzyskania karty parkingowej (Dz. U. 2014, poz. 818), rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2014 r. w sprawie wysokości opłaty za wydanie karty parkingowej oraz warunków dystrybucji blankietów kart parkingowych (Dz. U. 2014 r., poz. 843), oraz art. 6 ust 1 lit c, art. 9 ust. 2 lit. b RODO.
5. Podanie Pani/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym, jest obowiązkowe.

6. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
7. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez okres wskazany w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
8. (Dz. U. z 2019 r., poz. 1172 z późn. zm.), gdy dotyczy:
 - wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – 50 lat,
 - wydania legitymacji dokumentującej niepełnosprawność lub stopień niepełnosprawności - 50 lat,
 - wydania karty parkingowej dla osoby niepełnosprawnej lub placówki – 50 lat,a następnie zostaną usunięte.
9. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez Administratora masz prawo do:
 - dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO;
 - sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;
 - usunięcia danych, na podstawie art. 17 RODO, jeżeli:
 - Dane osobowe przestaną być niezbędne do celów, w których zostały zebrane lub w których były przetwarzane,
 - Dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z prawem,
 - ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO;
10. Przysługuje Pani/Pana skarga do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
11. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Inowrocław, dnia

podpis wnioskodawcy lub jego przedstawiciela ustawowego