

WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
(DOTYCZY DZIECKA DO 16 ROKU ŻYCIA)

1. **O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** ☐ TAK ☐ NIE
– dla osób, które pierwszy raz ubiegają się o uzyskanie orzeczenia o niepełnosprawności
2. **O WYDANIE ORZECZENIA O PONOWNE USTALENIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** ☐ TAK ☐ NIE
– dla osób niepełnosprawnych, posiadających orzeczenie o niepełnosprawności na czas określony
3. **O WYDANIE ORZECZENIA O PONOWNE WYDANIE ORZECZENIA UWZGLĘDNIAJĄCEGO ZMIANĘ STANU ZDROWIA** ☐ TAK ☐ NIE
– dla osób niepełnosprawnych, posiadających orzeczenie o niepełnosprawności i ubiegają się o orzeczenie z tytułu zmiany stanu zdrowia

DANE OSOBOWE DZIECKA

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA:.....

DATA I MIEJSCE URODZENIA DZIECKA:.....

PESEL:

DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY TOŻSAMOŚĆ DZIECKA
(np.: odpis skrócony aktu urodzenia, legitymacja, dowód osobisty, paszport)

ADRES ZAMELDOWANIA NA POBYT STAŁY DZIECKA:

ADRES POBYTU DZIECKA(KORRESPONDENCYJNY)

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO DZIECKA (MATKI LUB OJCA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO)

IMIĘ I NAZWISKO PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO:.....

DATA I MIEJSCE URODZENIA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO.....:

PESEL:.....

NR TELEFONU:.....

NUMER I SERIA DOWODU OSOBISTEGO PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO:

ADRES ZAMELDOWANIA NA POBYT STAŁY PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO:

ADRES POBYTU PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (KORRESPONDENCYJNY):

**DO POWIATOWEGO ZESPOŁU DO SPRAW
ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W RYKACH**

ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA CELÓW:

- ☐ - UZYSKANIA ZASIŁKU PIELEGNACYJNEGO
- ☐ - UZYSKANIA ŚWIADCZENIA PIELEGNACYJNEGO
- ☐ - KORZYSTANIE Z KARTY PARKINGOWEJ (ART. 8 ust. 3a pkt 2 USTAWY Z DNIA 20 CZERWCA 1997R. PRAWO O RUCHU DROGOWYM)
- ☐ - UZYSKANIA PRZEZ OPIEKUNA URLOPU WYCHOWAWCZEGO W DODATKOWYM WYMIARZE
- ☐ - KONIECZNOŚCI ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE
- ☐ - ZAMIESZKANIA W ODDZIELNYM POKOJU (ART. 5 UST. 3 USTAWY Z DNIA 21 CZERWCA 2001 R. O DODATKACH MIESZKANIOWYCH)
- ☐ - INNE(JAKIE?):.....

CEL PODSTAWOWY Z WYŻEJ WYMIENIONYCH (PROSZĘ WPISAĆ):

OŚWIADCZAM, ŻE:

1. DZIECKO UCZĘSZCZA DO:

(PODAĆ RODZAJ PLACÓWKI SZKOLNEJ LUB OPIEKUŃCZO - WYCHOWAWCZEJ DO KTÓREJ UCZĘSZCZA DZIECKO NP SZKOŁA OGÓLNODOSTĘPNA INTEGRACYJNA SPECJALNA ITP)

2. NA DZIECKO ☐ **POBIERAM,** ☐ **POBIERAŁEM/AM ZASIŁEK PIELĘGNACYJNY;**

3. NA DZIECKO ☐ **POBIERAM,** ☐ **POBIERAŁEM/AM ŚWIADCZENIE PIELĘGNACYJNE;**

4. AKTUALNIE:

☐ **NIE TOCZY SIĘ** ☐ **TOCZY SIĘ** W SPRAWIE DZIECKA POSTĘPOWANIE PRZED INNYM ORGANEM ORZECZNICZYM, PODAĆ JAKIM:

5. ☐ **NIE SKŁADANO** ☐ **SKŁADANO UPRZEDNIO WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI;** JEŻELI TAK, TO KIEDY:..... Z JAKIM SKUTKIEM:.....

DATA WYDANIA OSTATNIEGO ORZECZENIA:..... NUMER SPRAWY:.....

6. DZIECKO ☐ **MOŻE** ☐ **NIE MOŻE** PRZYBYĆ WRAZ Z OPIEKUNEM NA POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJĄCEGO NA BADANIE PRZEDMIOTOWE. (JEŻELI NIE, TO NALEŻY ZAŁĄCZYĆ ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE POTWIERDZAJĄCE NIEMOŻNOŚĆ WZIĘCIA UDZIAŁU W POSIEDZENIU Z POWODU DŁUGOTRWALEJ I NIE ROKUJĄCEJ POPRAWY CHOROBY, UNIEMOŻLIWIAJĄCEJ OSOBISTE STAWIENICTWO).

7. 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.**

**W ZAŁĄCZENIU DO WNIOSKU PRZEDKLADAM: (UWAGA ! - WYMIENIONE NIŻEJ DOKUMENTY NALEŻY OBOWIĄZKOWO
ZŁOŻYĆ RAZEM Z WNIOSKIEM DO POWIATOWEGO ZESPOŁU)**

1. ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA WYSTAWIONE PRZEZ LEKARZA LECZĄCEGO, WYPEŁNIONE CZYTELNIE WE WSZYSTKICH RUBRYKACH, WYDANE W CIĄGU MIESIĄCA POPRZEDZAJĄCEGO ZŁOŻENIE WNIOSKU;
2. POSIADANĄ DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ;
3. INNE DOKUMENTY, PODAĆ JAKIE:

POUCZENIE:

1. Jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczającą i został wyznaczony termin jej uzupełnienia, a wnioskodawca tego nie dopełnił, musi się liczyć z tym, że brak tych dokumentów spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania - § 6 ust. 5 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r.
2. Niestawienie się dziecka z przedstawicielem ustawowym na wyznaczonym posiedzeniu składu orzekającego powoduje pozostawienie sprawy bez rozpoznania chyba, że niestawienie się zostało usprawiedliwione w ciągu 14 dni od wyznaczonego terminu posiedzenia - § 7 ust. 6 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r.
3. Jeżeli dziecko posiada ważne orzeczenie Zespołu i nie nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia dziecka – nowy wniosek o ponowne orzekanie należy złożyć nie wcześniej niż 30 dni przed utratą ważności posiadanego orzeczenia – jeżeli wniosek będzie złożony wcześniej, Zespół wyda decyzję po ukończeniu ważności posiadanego orzeczenia.

.....
CZYTELNY PODPIS PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO DZIECKA
(MATKI LUB OJCA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO)

* właściwe zaznaczyć symbolem „X” w kratce ☐

KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

1. Administratorem danych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Rykach reprezentowany przez Przewodniczącego (adres: ul. Żytnia 23, 08-500 Ryki, tel. kontaktowy: tel. 881615303, adres e-mail: zon@ryki.powiat.pl).
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu e-mail: inspektor@cbi24.pl.
3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu prowadzenia postępowania o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności, o wskazaniach do ulg i uprawnień.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. c) RODO (przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze) i art. 9 ust. 2 lit. h RODO (przetwarzanie danych wrażliwych, jeśli jest to niezbędne do celów profilaktyki zdrowotnej lub medycyny pracy, do oceny zdolności pracownika do pracy, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego czy leczenia). Przepisy szczególne zostały zawarte w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz.U. z 2018r. poz.511)
5. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych, t.j. 10 lat.
6. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
7. Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
8. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
9. Podanie przez Państwa danych osobowych jest warunkiem ustalenia prawa do wydania orzeczenia o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności, lub prawa do ulg i uprawnień, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3.
10. Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych tj. usługodawcom wykonujących usługi serwisu systemów informatycznych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa. Dane osobowe będą ujawniane osobom działającym z upoważnienia administratora, mającym dostęp do danych osobowych i przetwarzającym je wyłącznie na polecenie administratora, chyba że wymaga tego prawo UE lub prawo państwa członkowskiego.

.....
(data i czytelny podpis osoby poinformowanej)

..... dnia

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA

wydane dla potrzeb
ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Imię i nazwisko

Data urodzenia miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

numer PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:.

.....

.....

.....

.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

.....

.....

.....

.....

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (*trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy*), dalsze leczenie i rehabilitacja:

..... •

.....

.....

.....

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

.....

.....

..... •

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

.....

.....

.....

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

.....

.....

.....

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

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? (rok)

Czy stan zdrowia dziecka powoduje konieczność sprawowania **stałej** opieki i pielęgnacji w zakresie **przewyższającym** opiekę i pielęgnację właściwą dla wieku

☐ TAK

☐ NIE*

Czy dziecko wraz z opiekunem może (w związku z ciężką, przewlekłą, ograniczającą możliwość poruszania się chorobą lub pobytem w szpitalu), stawić się na posiedzenie zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności:

☐ MOŻE się stawić

☐ NIE MOŻE* się stawić

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

☐ TAK

☐ NIE*

Czy u w/w dziecka nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia?

☐ TAK

☐ NIE*

Zaświadczenie lekarskie jest ważne 30 dni od jego wydania (podstawa prawna
Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003r. Dz. U. z 2021 poz. 857 - § 6 ust. 2)

.....
pieczętka i podpis lekarza

* wstawić symbol **X** we właściwe okienko –

☐