



**Wniosek składam dla celów (najważniejszy cel zaznaczyć krzyżykiem):**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego                    | <input type="checkbox"/> Korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie innych przepisów |
| <input type="checkbox"/> Uzyskanie świadczenia pielęgnacyjnego                | <input type="checkbox"/> Inne (wymenić jakie): .....                                 |
| <input type="checkbox"/> Zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju                   | .....  |
| <input type="checkbox"/> Uzyskanie urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze | .....  |

**Sytuacja społeczna i rodzinna dziecka (właściwe zaznaczyć krzyżykiem):**

• **Zdolność do samodzielnego funkcjonowania dziecka:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Porusza się samodzielnie         | <input type="checkbox"/> Porusza się z pomocą drugiej osoby |
| <input type="checkbox"/> Porusza się o kulach             | <input type="checkbox"/> Jest leżące                        |
| <input type="checkbox"/> Porusza się na wózku inwalidzkim |   |

• **Dziecko przyjmuje pokarmy:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Samodzielnie  | <input type="checkbox"/> Jest karmione przez drugą osobę |
| <input type="checkbox"/> Wymaga stosowania specjalnej diety (jakiej?): ..... | .....  |

• **Rodzaj ograniczenia innych czynności** (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych)

.....  
.....

• **Rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia**

.....  
.....

• **Rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno – leczniczych wykonywanych w ciągu**  **dnia**  **tygodnia**

**miesiąca\*\*** .....

• **Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:**

nie  tak, jakiego: .....

• **Dziecko uczęszcza do żłobka lub przedszkola:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ogólnodostępnego | <input type="checkbox"/> Integracyjnego |
| <input type="checkbox"/> Specjalnego      | <input type="checkbox"/> Nie dotyczy    |

• **Dziecko uczęszcza do szkoły:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ogólnodostępnej | <input type="checkbox"/> Integracyjnej |
| <input type="checkbox"/> Specjalnej      | <input type="checkbox"/> Nie dotyczy   |

**\*\* właściwe zaznaczyć krzyżykiem**

### Oświadczam, że:

- 1)\*\*  Dziecko **nie posiada** /  Dziecko **posiada** orzeczenie o niepełnosprawności wydane  
ważne do dnia .....
- 2)\*\*  Dziecko **może**/  Dziecko **nie może** przybyć na posiedzenie składu orzekającego  
**Jeżeli nie** - należy dołączyć do wniosku zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału  
w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej  
osobiste stawiennictwo
- 3)\*\*  Aktualnie toczy /  Nie toczy się w sprawie dziecka postępowanie przed sądem powszechnym  
w sprawie ustalenia niepełnosprawności
- 4) W razie stwierdzenia przez zespół ds. orzekania o niepełnosprawności konieczności uzupełnienia  
dokumentacji medycznej m.in. poprzez wykonanie: badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych,  
dostarczenie historii choroby z poradni specjalistycznych, **jestem świadomy ponoszenia kosztów ich  
wykonania we własnym zakresie.**
- 5) **Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu pobytu do momentu zakończenia  
postępowania w sprawie.**  
**Art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 735)**  
§ 1. W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej  
zmianie swojego adresu, w tym adresu elektronicznego.  
§ 2. W razie zaniedbania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.
- 6) **Dane zawarte we wniosku są prawdziwe.**
- 7) **Wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności jest  
autentyczna i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności  
dokumentów.**  
**Art. 270 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 735)**  
§ 1. Kto, w celu użycia za autentyczny, podrabia lub przerabia dokument lub takiego dokumentu jako autentycznego używa, podlega grzywnie,  
karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.  
§ 2. Tej samej karze podlega, kto wypełnia blankiet, opatrzone cudzym podpisem, niezgodnie z wolą podpisanego i na jego szkodę albo takiego  
dokumentu używa.  
§ 2a. W wypadku mniejszej wagi, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.  
§ 3. Kto czyni przygotowania do przestępstwa określonego w § 1, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do  
lat 2.
- 8) **Zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej (załącznik nr 2 do wniosku) dotyczącej przetwarzania  
danych osobowych w celu wydania orzeczenia o niepełnosprawności, w tym z informacją o celu  
i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz o przysługujących mi prawach.**

**\*\* właściwe zaznaczyć krzyżykiem**

.....  
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

---

#### **UWAGA: Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności należy złożyć:**

- ✓ Oryginał wniosku (**dokładnie wypełnić każdą rubrykę**),
- ✓ Oryginał zaświadczenia lekarskiego (**ważny 30 dni od daty wystawienia przez lekarza**),
- ✓ Uwierzytelnioną kserokopię wszelkiej dokumentacji potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć  
wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności, np.: karty informacyjne z leczenia szpitalnego, historia  
choroby, badania dodatkowe, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie.



## KLAUZULA INFORMACYJNA

dla klientów Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Oleśnie

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 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 zwanego Rozporządzeniem informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Oleśnie, ul. M. Konopnickiej 8, 46-300 Olesno reprezentowany przez Przewodniczącego Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Oleśnie; adres do korespondencji ul. M. Konopnickiej 8, 46-300 Olesno, e-mail: sekretariat@pcprolesno.pl .
2. W trosce o ochronę Pani/Pana danych osobowych Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Oleśnie wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować pod adresem e-mail: iod@pcprolesno.pl lub listownie na adres administratora danych z dopiskiem „Do Inspektora Ochrony Danych”.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w związku z prowadzonym postępowaniem w zakresie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych ( Dz. U. z 2021 r. , poz. 573 ze zm.), rozporządzeniem z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (t.j.Dz. U. z 2021 r. poz. 857 ).
4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Oleśnie a także podmioty, którym na podstawie zawartej umowy powierzono przetwarzanie danych osobowych.
5. Zebrane dane będą przetwarzane przez okres wynikający z przepisów prawa, zgodnie z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach ( Dz. U. z 2018 r., poz. 217 z późn. zm.)
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych osobowych oraz ich sprostowania.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.