|  |  |
| --- | --- |
| Miejsce na adnotacje urzędowe | ……………………………………….., dnia ………………….. r. (miejscowość) (data)**Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w** …………………………………………..……………………............ |

**WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Na podstawie § 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r.
w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 857)

**Wniosek składam** (właściwe zaznaczyć krzyżykiem):

* Po raz pierwszy
* W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia **(nie wcześniej niż na 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia)**
(na podstawie § 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania
o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności- ( t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 857)
* W związku ze zmianą stanu zdrowia
(na podstawie § 15 ust. 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania
o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności – (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 857)
* Składałem wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności – brak niepełnosprawności
* **W związku ze zmianą przepisów ustawy** z dnia 20 czerwca 1997 r. **Prawo u ruchu drogowym** (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 988 ze zm.)

**Dane dziecka (osoby do 16 roku życia):**

IMIĘ [\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_]

NAZWISKO [\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_]

Data urodzenia [\_\_[\_\_]-[\_\_[\_\_]-[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_] Miejsce urodzenia………………..…………………..…..
 dzień – miesiąc – rok

Numer PESEL [\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_] Obywatelstwo**\*** ……………….……..…………

Nr dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość: ……………………………………………....……………….……….. [\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_]

Adres zamieszkania ………………………………………………………….……………………………………………………………..…………….

Adres pobytu ……………………………………………………………………..……………………………………….…………………………………..

(wypełnić, jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

**Dane przedstawiciela ustawowego dziecka**:

IMIĘ [\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_]

NAZWISKO [\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_]

Data urodzenia [\_\_[\_\_]-[\_\_[\_\_]- [\_\_[\_\_[\_\_[\_\_] Miejsce urodzenia………………..…………………..…..
 dzień – miesiąc – rok

Numer PESEL [\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_] Obywatelstwo**\*** ……………….……..…………

Nr dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość: ……………………………………………....……………….……….. [\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_]

Adres zamieszkania ..………………………………………………………….……………………………………………………………..…………….

Adres pobytu ………………..…………….…………………………………………………….…………………………………………………………….
 (wypełnić jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

**\***obywatelstwo w przypadku cudzoziemca nieposiadającego numeru PESEL

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

* Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
* Uzyskanie świadczenia pielęgnacyjnego
* Zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju
* Uzyskanie urlopu wychowawczego
w dodatkowym wymiarze
* Korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie innych przepisów
* Inne (wymienić jakie): ……………………………….…..
………………………………………………………………….……
………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

* **Zdolność do samodzielnego funkcjonowania dziecka:**

|  |  |
| --- | --- |
| * Porusza się samodzielnie
* Porusza się o kulach
* Porusza się na wózku inwalidzkim
 | * Porusza się z pomocą drugiej osoby
* Jest leżące
 |
| * **Dziecko przyjmuje pokarmy:**
 |
| * Samodzielnie
 | * Jest karmione przez drugą osobę
 |
| * 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:**
 |
| * Ogólnodostępnego
* Specjalnego
 | * Integracyjnego
* Nie dotyczy
 |
| * **Dziecko uczęszcza do szkoły:**
 |
| * Ogólnodostępnej
* Specjalnej
 | * Integracyjnej
* 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 uzupełnienie 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, opatrzony 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.
* Kserokopie poprzednich orzeczeń (jeśli były)

**Załączniki:**
Nr 1 – Zgoda na przetwarzanie dodatkowych danych

Nr 2 – Klauzula informacyjna

Załącznik nr 1 – Zgoda na przetwarzanie dodatkowych danych

**Zgoda na przetwarzanie dodatkowych danych osobowych**

Zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem 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 ustawą o ochronie danych osobowych, **wyrażam zgodę** na podanie mojego numeru telefonu w celu ułatwienia kontaktowania się Zespołu ze mną w sytuacjach, gdy jest to niezbędne.

Podanie numeru jest świadomie wyrażoną i dobrowolną zgodą.

Nr telefonu [\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_]

|  |  |
| --- | --- |
|  | ……………………………………………………………….……podpis osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego |

Załącznik nr 2 – Klauzula informacyjna

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,

* 1. 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.