Wniosek (dotyczy osób poniżej 16-go roku życia)

o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności ⁯

- dla osób, które po raz pierwszy ubiegają się o uzyskanie orzeczenia o niepełnosprawności

o wydanie orzeczenia o ponowne ustalenie niepełnosprawności ⁯

- dla osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności, które traci ważność

o ponowne wydanie orzeczenia uwzględniającego zmianę stanu zdrowia ⁯

- dla posiadających ważne orzeczenie o niepełnosprawności, składających wniosek ze względu na zmianę stanu zdrowia

Nr sprawy ................................ Myślibórz, dnia .......................................................

Nazwisko i imię dziecka ...........................................................................................................................

Data i miejsce urodzenia .......................................................... Nr PESEL dziecka .................................

Numer i seria dowodu osobistego (paszportu) dziecka.............................................................................

Adres zamieszkania dziecka .....................................................................................................................

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka .............................................................................

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka ......................................................................................

Numer i seria dowodu osobistego (paszportu) przedstawiciela ustawowego dziecka...............................

Adres zamieszkania przedstawicieli ustawowego dziecka .......................................................................

Telefon ....................................................

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności ul. Północna 15

74-300 Myślibórz

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności w celu ubiegania się o:

1. zasiłek pielęgnacyjny, ⁯
2. zasiłek stały ⁯
3. inne, jakie.......................................................................................................................................

oraz uzyskania wskazań dotyczących w szczególności:

* 1. zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie dziecka, ⁯
  2. korzystania z systemu środowiskowego wsparcia, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych , świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje porządkowe oraz inne placówki, ⁯
  3. spełnienia przesłanek określonych w art. 8 ust. 3a ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r.-Prawo o ruchu drogowym (j.t. Dz. U. z 2012 r., poz. 1137 ze zm.)-karta parkingowa,⁯
  4. prawa do zamieszkania w oddzielnym pokoju, ⁯
  5. inne ....................................................................................................................................

Oświadczam, że:

1. Składano (nie składano) uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

(odpowiednie podkreślić)

- kiedy .................................................... - z jakim skutkiem....................................................................

2. dziecko może (nie może) przybyć na badanie przedmiotowe (odpowiednie podkreślić), (jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby.

Uzasadnienie wniosku:

1. Sytuacja społeczna: stan rodzinny (odpowiednie podkreślić i uzupełnić)

- pełna, ilość dzieci w rodzinie ..............................................................................................................

- niepełna, ilość dzieci w rodzinie ......................................................................................................... 2. Występujące ograniczenia dziecka w zdolności do wykonywania codziennych czynności

związanych z samodzielną egzystencją ...............................................................................................

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

3. Zakres koniecznej opieki lub pomocy innych osób, odpowiednio do wieku dziecka.

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

Do wniosku dołączam posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą stanu zdrowia dziecka.

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.

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

*podpis przedstawiciela ustawowego dziecka*

Do wniosku proszę dołączyć kserokopię pełnej dokumentacji medycznej (karty informacyjne, dokumentację z leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań, konsultacje specjalistyczne).

.............................., dnia ……………………………

( miejscowość i data )

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE o stanie zdrowia osoby do 16 roku życia**

**wydane dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności**

Nazwisko i imię dziecka

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Data i miejsce urodzenia dziecka

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nr PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Miejsce stałego pobytu dziecka:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**I**. Rozpoznanie choroby zasadniczej: …………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………...……..…………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej zostało potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych (wpisać jakimi):

……………………………………………………………………………………………………………...……..…………………………………………………………………………………………………

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

……………………………………………………………………………………………………............

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**II**. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Rozpoznanie chorób współistniejących zostało potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych: (wpisać jakimi)

……………………………………………………………………………………………………………........................……..……………………………………………………………………………………

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**IV**. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**V**. Wykaz wykonanych badań dodatkowych / konsultacji:

……………………………………………………………………………………………………………..……..……………………………………………………………………………………………………

**VI**. OCENA MOŻLIWOŚCI STAWIENIA SIĘ NA POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJĄCEGO\*

1. CHOROBA UNIEMOŻLIWIA OSOBISTE STAWIENNICTWO: TAK□ NIE□

W przypadku zaznaczenia w punkcie VI.1.„TAK”, lekarz wystawiający zaświadczenie stwierdza, czy choroba, która uniemożliwia osobiste stawiennictwo:

2. MA CHARAKTER DŁUGOTRWAŁY ORAZ NIE ROKUJE POPRAWY TAK□ NIE□

3. Brak możliwości osobistego stawiennictwa, lekarz stwierdził na podstawie (w załączeniu):

- HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY W CZĘŚCI DOTYCZĄCEJ WIZYT DOMOWYCH: TAK□ NIE□

- INNE DOKUMENTY (wpisać jakie) ……………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………

**VII.** Lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokument. medycznej pacjenta: TAK□ NIE□

**VIII**. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? (data) …………………………………….

**IX.** Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (data)……………...

\*zaznaczyć X w odpowiedniej kratce

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

podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

*Zaświadczenie wraz z dokumentacją należy dołączyć do wniosku i wnieść do Zespołu w terminie* ***30 dni od dnia wystawienia***

Przyjmuję do wiadomości, że:

z uwagi na obowiązek stosowania art. 13 ust. 1 oraz 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1) (dalej: Rozporządzenie RODO), zostały mi przekazane informacje oraz zasady związane z przetwarzaniem udostępnionych przeze mnie moich danych osobowych:

„ 1. Administratorem moich danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania   
o Niepełnosprawności w Myśliborzu z siedzibą przy ul. Północnej 15, 74-300 Myślibórz, adres   
e-mail: [pzon@powiatmysliborski.pl](mailto:pzon@powiatmysliborski.pl) ****Tel.** **95 747 90 69.****

2. Inspektorem ochrony danych w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności   
w Myśliborzu jest Ewelina Szóstka, tel. 95 747 2021 wew. 240, e-mail: [iod@powiatmysliborski.pl](mailto:iod@powiatmysliborski.pl).

3. Dane przetwarzane przez Powiatowy Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności   
w Myśliborzu będą w celu: wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/ wydania orzeczenia o niepełnosprawności/wydania orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień/ wydania karty parkingowej/wydania legitymacji osoby niepełnosprawnej/ wykonywania badań specjalistycznych na wniosek lekarza lub psychologa członka powiatowego zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności.

4. Przetwarzanie moich danych osobowych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze zgodnie z art. 6 pkt. 1 lit. c oraz art. 9 ust.2 lit. b, c RODO oraz art.6 ust 1 pkt. e mówiący o tym, że przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi, a także zgodne z zadaniami określonymi w ustawie z dnia   
5 czerwca 1998 r. o samorządzie  powiatowym oraz w innych regulacjach w szczególności:

a) ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych,

b) rozporządzeniu Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności,

c) rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2014 r. w sprawie wzoru oraz trybu wydawania i zwrotu kart parkingowych,

d) rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 r. w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16 roku życia,

e) ustawie Kodeks postępowania administracyjnego,

f) ustawie z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym – wydanie orzeczenia   
o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, legitymacji osoby niepełnosprawnej   
oraz karty parkingowej.

5. W związku z przetwarzaniem danych w celach wskazanych powyżej, moje dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców. Odbiorcami danych mogą być:

a) podmioty upoważnione do odbioru Pani/Pana danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa;

b) podmioty, które przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w imieniu Administratora,   
na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające,

c) każdej osoby działającej z upoważnienia i na polecenie administratora takich jak.: pracownicy administratora.

6. Podane dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.

7. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji odpowiedniego celu przetwarzania wskazanego w pkt. 3, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa.

8. W związku z przetwarzaniem przez Administratora danych przysługuje mi:

a) prawo dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO;

b) prawo do sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;

c) prawo do usunięcia danych, na podstawie art. 17 RODO;

d) prawo do ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO;

e) prawo do przenoszenia danych, na podstawie art. 20 RODO;

f) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na podstawie art. 21 RODO;

g) prawo do cofnięcia zgody w każdym momencie i bez podawania przyczyny,   
lecz przetwarzanie danych osobowych dokonane przed cofnięciem zgody nadal pozostanie zgodne z prawem. Cofnięcie zgody spowoduje zaprzestanie przetwarzania przez administratora danych osobowych w celu, w którym zgoda ta została wyrażona.

Realizacja moich praw przez Administratora będzie zgodna z obowiązującymi przepisami prawa..

9. Posiadam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

10.Podanie danych osobowych jest warunkiem prowadzenia sprawy w Powiatowym Zespole   
ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Myśliborzu. Przy czym podanie danych jest:

a) obowiązkowe, jeżeli zostało to określone w przepisach prawa;

b) dobrowolne, jeżeli odbywa się na podstawie Pani/Pana zgody tj. podanie numeru telefonu. Podanie numeru następuje za moją zgodą w celu ułatwienia kontaktowania się PZON   
w związku z prowadzonym przez Zespół postępowaniem.

Nie podanie danych obowiązkowych wynikających z przepisów prawa skutkować będzie niemożliwością załatwienia sprawy związanej ze składanym wnioskiem.

11.Moje dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

**ZGODA**

Zgodnie z art.6 ust.1. lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679   
z dnia 27 kwietnia 2016r., wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zakresie numeru telefonu, przez **Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Myśliborzu** w celu przekazania istotnych informacji związanych z prowadzonym postępowaniem.

Oświadczam, że zostałem/am zapoznana z informacją administratora dotyczącą obowiązku informacyjnego oraz przysługujących mi praw.

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

*(data i czytelny)*