

.....  
Data wpływu wniosku

PZON- ...../...../.....  
Nr sprawy

**POWIATOWY ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W ŻYWCU**

**ul. KS.PR.ST. SŁONKI 24 tel: (33) 861-70-49**

**WNIOSEK**

**W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DZIECKA DO LAT 16**

( właściwe zaznaczyć):

- składany po raz pierwszy
- składany o kontynuację orzeczenia ( nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia )
- składany o zmianę orzeczenia z powodu pogorszenia / zmiany stanu zdrowia

**DANE PERSONALNE DZIECKA:**

Imię pierwsze.....Imię drugie.....Nazwisko.....

Data urodzenia ..... Miejsce urodzenia.....

Numer aktu urodzenia dziecka ..... Obywatelstwo .....

PESEL

Telefon kontaktowy .....

Adres zameldowania na pobyt stały:

Miejscowość	Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Kod pocztowy	Poczta
.....	.....	.....	.....	.....	.....

Adres zamieszkania: ( wpisać, jeżeli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na pobyt stały )

Miejscowość	Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Kod pocztowy	Poczta
.....	.....	.....	.....	.....	.....

Adres do korespondencji : (wpisać, jeżeli jest inny niż wskazany powyżej)

Miejscowość	Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Kod pocztowy	Poczta
.....	.....	.....	.....	.....	.....

**DANE PERSONALNE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO LUB OPIEKUNA PRAWNEGO/WNIOSKODAWCY:** ( w przypadku jeżeli została ustanowiona opieka prawna należy załączyć kserokopię oraz oryginał do wglądu dokumentu ustanawiającego opiekę prawną)

Imię pierwsze.....Imię drugie.....Nazwisko.....

Data urodzenia ..... Miejsce urodzenia.....

Seria i numer dokumentu tożsamości ..... Obywatelstwo.....

PESEL

Adres zameldowania na pobyt stały:

Miejscowość	Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Kod pocztowy	Poczta
.....	.....	.....	.....	.....	.....

Adres zamieszkania: ( wpisać, jeżeli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na pobyt stały )

Miejscowość	Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Kod pocztowy	Poczta
.....	.....	.....	.....	.....	.....

Adres do korespondencji :(wpisać, jeżeli jest inny niż wskazany powyżej)

Miejscowość	Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Kod pocztowy	Poczta
.....	.....	.....	.....	.....	.....

**Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów:** ( właściwe zaznaczyć)

- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- korzystania z karty parkingowej
- korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- inne .....

**CEL PODSTAWOWY:**.....

( należy wpisać cel podstawowy jeżeli zaznaczono więcej niż jeden cel)

**ZAKRES SPRAWOWANEJ NAD DZIECKIEM OPIEKI I PIELĘGNACJI:**

1. Porusza się ( właściwe zaznaczyć ) :  samodzielnie  na wózku inwalidzkim  o kulach  z pomocą osoby drugiej
2. Przyjmuje pokarmy( właściwe zaznaczyć ) :  samodzielnie  jest karmione przez drugą osobę
3. Czynności samoobsługowe ( np. mycie, ubieranie się itd. ) wykonuje ( właściwe zaznaczyć ) :  samodzielnie  z pomocą drugiej osoby
4. Rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych i leczniczych wykonywanych w ciągu dnia:  
.....  
.....  
.....  
.....

5. Częstotliwość wizyt i badań lekarskich:

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

**SYTUACJA SPOŁECZNA DZIECKA :**

1. Dziecko  nie uczęszcza  uczęszcza do ( właściwe zaznaczyć ) :  żłobka  
przedszkola:  ogólnodostępnego  integracyjnego  specjalnego  
szkoły:  ogólnodostępnej  integracyjnej  specjalnej  
 ośrodka szkolno- wychowawczego

2. Inne istotne informacje dotyczące dziecka:

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

**OŚWIADCZAM, ŻE**

1.  dziecko może przybyć  nie może przybyć na posiedzenie komisji ( jeżeli nie, należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej, długotrwałej choroby).
2.  nie składałem  składałem uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności i otrzymałem orzeczenie nr.....termin ważności .....
3. 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.
4. Informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą pociąga za sobą odpowiedzialność karną przewidzianą w art. 233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego.

.....  
data i podpis Wnioskodawcy

**Do wniosku należy załączyć :**

1. Oryginał zaświadczenia o stanie zdrowia wydanego przez lekarza stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszego wniosku.
2. Poświadczona za zgodność z oryginałem kserokopie kart leczenia szpitalnego ( o ile takie leczenie miało miejsce ) lub kserokopie kart leczenia szpitalnego wraz z oryginałem w celu uwierzytelnienia przez pracowników Zespołu.
3. Poświadczona za zgodność z oryginałem kserokopie innych dokumentów dotyczących stanu zdrowia mogących mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności (np. historia choroby, wyniki badań diagnostycznych, konsultacje specjalistyczne itd.) lub kserokopie tych dokumentów wraz z oryginałami w celu uwierzytelnienia przez pracowników Zespołu.
4. Oryginał aktu urodzenia dziecka tylko do wglądu.

**Uwaga!**

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki. W przypadku gdy wniosek będzie zawierał pola niewypełnione, wnioskodawca zostanie wezwany do jego uzupełnienia. Do wniosku należy również załączyć wszystkie wymagane załączniki.

**KLAUZULA INFORMACYJNA**  
**dla klientów Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Żywcu**

1. Administratorem Pani/a danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności, ul. Ks. Prał. St. Słonki 24, 34-300 Żywiec.
2. Podmiotem przetwarzającym w imieniu Administratora jest Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.
3. W sprawach związanych z Pani/a danymi można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, e-mail [iodo@pcpr-zywiec.pl](mailto:iodo@pcpr-zywiec.pl).
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celach realizacji ustawowych zadań Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Żywcu tj. rozpatrzenie wniosku o ustalenie statusu osoby niepełnosprawnej lub w celu prowadzenia innych postępowań administracyjnych związanych z Pani/Pana wnioskiem, określonych na gruncie ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego, co wynika z art. 6b ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz aktów wykonawczych do tej ustawy.
4. Dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom w celu prawidłowej realizacji zadań na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych lub instytucjom uprawnionym do przetwarzania danych osobowych na mocy przepisów prawa.
5. Pani/a dane osobowe będą przechowywane w czasie określonym przepisami prawa oraz zgodnie z rzeczowym wykazem akt PCPR w Żywcu.
6. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem wynikającym z przepisów ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Ma Pan/Pani prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, zajmującego się ochroną danych osobowych, gdy stwierdzone zostanie, że dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z przepisami prawa.
9. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania.
10. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Niniejszym oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie:

moich danych osobowych

moich danych osobowych oraz mojego podopiecznego .....  
(imię i nazwisko podopiecznego)

przez administratora danych – Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności, ul. Ks. Prał. St. Słonki 24, 34-300 Żywiec w celu realizacji wniosku o ustalenie statusu osoby niepełnosprawnej lub w celu prowadzenia innych postępowań administracyjnych związanych z Pani/Pana wnioskiem. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

.....

data i podpis Wnioskodawcy