

.....
Data wpływu wniosku

.....
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 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 PIEŁĘGNACJI:

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. Dokumentację medyczną tj. karty leczenia szpitalnego, kartoteki leczenia, wyniki badań i inne dokumenty dotyczące stanu zdrowia mogące mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności.

Dokumentacja medyczna powinna być potwierdzona za zgodność z oryginałem przez placówkę służby zdrowia, która ją prowadzi lub przedstawić kserokopię i oryginał do wglądu celem uwierzytelnienia przez pracownika Zespołu ds. Orzekania.

3. Kserokopie aktu urodzenia dziecka (oryginał 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.

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
ZWIĄZANYCH Z REALIZACJĄ WNIOSKU**

Dane osobowe przekazane przez Wnioskodawcę do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Żywcu (administratora danych) będą przetwarzane w celu realizacji wniosku w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności. Wnioskodawca posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku.

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka

.....
(imię i nazwisko dziecka)

przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Żywcu przy ul. Ks. Pr. St. Słonki 24 (administrator danych) w celach związanych z realizacją wniosku w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135).

Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

.....
data i podpis Wnioskodawcy