

.....
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

(właściwie zaznaczyć):

- składany po raz pierwszy
- składany o kontynuację orzeczenia (nie wcześniej niż 2 miesiące przed upływem ważności posiadanego orzeczenia)
- składany o kontynuację orzeczenia (nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem ważności posiadanego orzeczenia dotyczy osób, które kończą 16 rok życia w roku składania wniosku)
- 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

- 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).
- nie składałem składałem uprzednio wniosków o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności i otrzymałem orzeczenie nr.....termin ważności
- 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.
- 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:

- Oryginał zaświadczenia o stanie zdrowia wydanego przez lekarza stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszego wniosku (**zaświadczenie winno zawierać pieczętki i podpisy w przeznaczonych do tego miejscach oraz musi być wypełnione czytelnie**).
- Poświadczony 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.
- Poświadczony 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.
- 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 DS. ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W ŻYWCU

Na podstawie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 zwane dalej „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Żywcu:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Żywcu, 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 na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.
3. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, e-mail iodo@marwikopoland.pl
4. Zebrane dane osobowe są przetwarzane przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Żywcu na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, w celu realizacji zadania ustawowego wynikającego z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz rozporządzeń wykonawczych do tej ustawy tj. w celu wydania orzeczenia o niepełnosprawności.
5. Dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych.
6. 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.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane w czasie określonym przepisami prawa oraz zgodnie z rzeczowym wykazem akt PCPR w Żywcu.
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony danych Osobowych (na adres Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa), gdy stwierdzone zostanie, że dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z przepisami prawa.
10. Przysługuje Pani/Panu prawo do:
 - a) dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępnianie dane osobowe nie mogą ujawniać danych osób trzecich,
 - b) sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO,
 - c) żądania usunięcia danych po upływie okresu, o którym mowa w pkt. 7.
11. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
12. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe, w przypadku braku podania danych osobowych realizacja zadania przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Żywcu będzie niemożliwa.

Oświadczam, że zapoznałem się oraz akceptuję powyższe informacje.

Dataczytelny podpis klienta.....