

WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI uwaga (dotyczy osób do 16-go roku życia)		
Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Elku ul. Kilińskiego 36 tel. 87 621-64-85		Nr sprawy: .N.20.....
L. Dz.	Data wpływu	Podpis pracownika

DANE DZIECKA:

nazwisko i imię
 nr PESEL /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_ nr dok. tożsamości
 data urodzenia miejsce urodzenia
 adres zameldowania stałego
 adres pobytu
 adres korespondencyjny

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO:

nazwisko i imię
 data urodzenia..... miejsce urodzenia
 PESEL /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_ dokument stwierdzający tożsamość
 (nr dowodu osobistego ☐ / nr paszportu ☐ / nr legitymacji szkolnej ☐)*
 adres zameldowania
 adres pobytu
 adres do korespondencji
 tel. kontaktowy adres email:

Wnoszę o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

po raz pierwszy ☐ / po raz wtórny ☐ / z powodu zmiany stanu zdrowia ☐*

(Wtórny wniosek składa się nie wcześniej niż 30 dni przed ukończeniem ważności poprzedniego orzeczenia)

cel wniosku*:

- 1) ☐ uzyskanie wskazań do zasiłku pielęgnacyjnego
- 2) ☐ uzyskanie wskazań do świadczenia pielęgnacyjnego
- 3) ☐ uzyskanie wskazań do korzystania z karty parkingowej
- 4) ☐ innych (wymienić jakich).....

Celem podstawowym jest punkt numer (.....)

1. Czy składano uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności?: **TAK** ☐ / **NIE** ☐*

Nr sprawy: .N.20..... sprawa z dnia

PROSZĘ DOŁĄCZYĆ KSEROKOPIĘ POPRZEDNIEGO ORZECZENIA

2. Czy dziecko może wziąć udział w posiedzeniu składu orzekającego (stan zdrowia)? **TAK** ☐ / **NIE** ☐*

UWAGA !!

- ▶ Wniosek składa się wraz z aktualnym zaświadczeniem lekarskim wydanym na potrzeby Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności - ważne 30 dni od daty wystawienia.
 - ▶ Należy załączyć kserokopię aktualnej dokumentacji medycznej dotyczącej obecnego stanu zdrowia dziecka (uwierzytelnioną za zgodność z oryginałem przez placówkę medyczną lub przedłożyć oryginały do wglądu)
 . (tj. karty informacyjne, historię choroby z poradni specjalistycznych z przebiegu leczenia, wyniki badań, opinie pedagogiczno-psychologiczne)
 - ▶ W przypadku stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
- Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

*właściwe zaznaczyć

.....
 czytelny podpis przedstawiciela ustawowego dziecka
 proszę wypełnić drugą stronę „ informacja o zakresie sprawowanej opieki nad dzieckiem”

INFORMACJA
o zakresie opieki i pielęgnacji sprawowanej nad dzieckiem

imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:

imię i nazwisko dziecka:

Nr PESEL dziecka /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji:

dziecko porusza się:

samodzielnie ☐, z pomocą ☐, o kulach ☐, na wózku inwalidzkim ☐, jest leżące ☐*

przyjmuje pokarmy :

samodzielnie ☐, jest karmione przez drugą osobę ☐*

wymaga stosowania specjalnej diety ☐* (jakiej?)

ograniczenia czynności samoobsługowych spowodowane stanem zdrowia dziecka
(np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych)

.....
.....

rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia

.....
.....

rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno –lecniczych wykonywanych: (w ciągu dnia,
tygodnia, miesiąca).

- w domu

.....
.....

- poza domem

.....
.....

częstotliwość wizyt lekarskich: w domu / poza domem (w tygodniu, w miesiącu)

.....
.....

Sytuacja edukacyjno-społeczna dziecka:

*Czy dziecko uczęszcza do przedszkola ? : TAK ☐ / NIE ☐**

ogólnodostępnego ☐ / integracyjnego ☐ / specjalnego ☐* w wymiarze godz.

*Czy dziecko uczęszcza do szkoły ? : TAK ☐ / NIE ☐**

ogólnodostępnej ☐ / integracyjnej ☐ / specjalnej ☐ / ośrodka szkolno-wychowawczego ☐

samodzielnie ☐ / niesamodzielnie ☐*

*Czy dziecko korzysta z nauczania indywidualnego ? : TAK ☐ / NIE ☐**

w wymiarze godzin tygodniowo

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci nr telefonu i/lub adresu e-mail wpisanego we wniosku w celu przekazania informacji dotyczącej postępowania w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności

.....
data i podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 (zwanym dalej Rozporządzenie RODO), informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Elku reprezentowany przez Przewodniczącego Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Elku**, ul. Kilińskiego 36, 19-300 Elk
2. Ma Pani/Pan prawo kontaktu z Inspektorem Ochrony Danych (IOD) **e-mail: iod@pcpr.elk.pl**, ul. Piłsudskiego 5, 19-300 Elk.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rejestracji, analizy i realizacji wniosków o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności oraz stopniu niepełnosprawności, wydawania legitymacji osoby niepełnosprawnej oraz karty parkingowej.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest:
 - w przypadku ubiegania się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności oraz orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
 - w przypadku ubiegania się o wydanie legitymacji osoby niepełnosprawnej - Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności,
 - w przypadku ubiegania się o wydanie karty parkingowej Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie wzoru oraz trybu wydawania i zwrotu kart parkingowych
 - art. 6 ust. 1 lit. e RODO (przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi),
 - art. 9 ust. 2 lit. b, c, j RODO (przetwarzanie szczególnej kategorii danych osobowych).
5. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa, a także podmioty, którym na podstawie zawartej umowy powierzono przetwarzanie danych osobowych.
6. Dane osobowe, po zrealizowaniu celu dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane w celach archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny wynikający z przepisów prawa w szczególności dotyczących archiwizowania dokumentów obowiązujących u Administratora.
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych umożliwiających identyfikację, jest wymogiem wynikającym z przepisów prawa, jeśli Administrator tych danych nie będzie posiadał, sprawa nie będzie mogła zostać rozpatrzona.
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Przysługuje Pani/Panu prawo żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych oraz ich prostowania.
10. Przysługuje Pani/Panu także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia.
11. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z przysługującymi mi prawami.

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenia