

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności (osoba do 16 r.ż.)

Imię i nazwisko dziecka.....
Data i miejsce urodzenia dziecka.....
Nr PESEL dzieckaObywatelstwo dziecka.....
Seria i nr dokumentu tożsamości dziecka.....
Adres zameldowania dziecka.....
Adres pobytu dziecka.....

Dane przedstawiciela ustawowego dziecka - rodzica lub ustanowionego decyzją sądu opiekuna prawnego (do wniosku należy dołączyć postanowienie sądu)

Imię i nazwisko.....
Nr PESELNr i seria dowodu osobistego.....
Adres stałego zameldowania.....
Adres pobytu.....
Adres korespondencji.....Nr telefonu.....

**Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności – 68-100 Żagań ul. Szprotawska28,
tel. 68 477-77-71 wew. 2, e-mail: sekretariat@pzon.zagan.pl www.pzon.zagan.pl**

Powód złożenia wniosku (należy podać jeden powód z niżej wymienionych):

1. Wniosek składałam po raz pierwszy,
2. Wniosek składałam po raz kolejny w związku z wygaśnięciem poprzedniego orzeczenia,
3. Wniosek składałam w związku ze zmianą stanu zdrowia dziecka,
4. Wniosek składałam w celu ponownej weryfikacji uprawnień do karty parkingowej (dotyczy orzeczeń wydanych przed 01.07.2014 r. - w związku ze zmianą przepisów ustawy – Prawo o ruchu drogowym).

Zwracam się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dziecka dla celów (odpowiednie zaznaczyć):

<input type="checkbox"/> zasiłku pielęgnacyjnego,	<input type="checkbox"/> uzyskania prawa do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
<input type="checkbox"/> świadczenia pielęgnacyjnego	<input type="checkbox"/> uzyskania urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
<input type="checkbox"/> uzyskania karty parkingowej	<input type="checkbox"/> zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
<input type="checkbox"/> inne (jakie):	

Informuję, że:

1. Składano / nie składano uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia (data wydania)
(nazwa organu wydającego orzeczenie)
2. Dziecko może / nie może* przybyć na badanie posiedzenie składu orzekającego z opiekunem (odpowiednie podkreślić).

* niepotrzebne skreślić

UZUPEŁNIENIE DO WNIOSKU

Informacja o zakresie opieki i pielęgnacji sprawowanej nad dzieckiem przez osobę ubiegającą się o orzeczenie o niepełnosprawności

I. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji:

1. dziecko jest: leżące*, porusza się samodzielnie*, o kulach*, na wózku inwalidzkim*, z pomocą drugiej osoby*;
.....
2. przyjmuje pokarmy: samodzielnie*, jest karmione przez drugą osobę*, wymaga stosowania specjalnej diety* (jakiej?)
.....
3. rodzaj ograniczenia innych czynności (np mycie się ubieranie, załatwienie czynności fizjologicznych).....
.....
4. rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia
.....
.....

5. rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno-leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia*, tygodnia*, miesiąca*,
6. częstotliwość wizyt lekarskich: w domu*, poza domem*, w tygodniu*, miesiącu

II. Sytuacja społeczna dziecka:

1. dziecko uczęszcza/nie uczęszcza* do przedszkola: ogólnodostępnego/integracyjnego specjalnego* (w wymiarze godzin dziennie/tygodniowo*)
2. dziecko uczęszcza do: szkoły ogólnodostępnej/integracyjnej/specjalnej* - samodzielnie/niesamodzielnie* (w wymiarze godzin tygodniowo)
3. Korzysta/nie korzysta*: z nauczania indywidualnego (w wymiarze godzin dziennie/tygodniowo*)
4. Korzysta/nie korzysta*: ze świetlicy szkolnej*, stołówki szkolnej*

* niepotrzebne skreślić

Oświadczenia:

- oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a o odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

- oświadczam, że w toku prowadzonego postępowania poinformuję organ administracji publicznej o każdej zmianie swojego adresu zamieszkania dziecka na podstawie art. 41 § 1 i 2 kodeksu postępowania administracyjnego. W przypadku braku informacji o zmianie adresu doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem będzie miało skutek prawny,

- 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 świadoma/świadomy* wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie

.....
czytelny podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego (oryginał),
2. Chronologicznie ułożoną dokumentację medyczną potwierdzającą rozpoznanie zasadnicze i choroby współistniejące wymienione w zaświadczeniu lekarskim od np. karty informacyjne leczenia szpitalnego, opinie lekarzy specjalistów, opinia psychologiczna w przypadku zaburzeń rozwoju umysłowego i emocjonalno-społecznego, wyniki testów i badań specjalistycznych, opisy badań RTG, USG, itp. w zależności od schorzenia (*kserokopię potwierdzone za zgodność z oryginałem*),
3. Poprzednie orzeczenie o niepełnosprawności (kserokopia),
4. Skrócony odpis aktu urodzenia w przypadku różnicy nazwisk między rodzicem/opiekunem, a dzieckiem.

KLAUZULA INFORMACYJNA RODO

Zgodnie z art. 13 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 (4.5.2016 L119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL) informuję, że: 1. Administratorem danych jest Przewodnicząca Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Żaganiu tel: 68 477 77 71 wew. 2, e-mail: sekretariat@pzon.zagan.pl. Współadministratorami danych jest Pełnomocnik i minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego 2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Żaganiu możliwy jest pod adresem email: iod@powiatzagan.pl. 3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu załatwienia sprawy, w której zostały zebrane na podstawie: art. 6 ust. 1 lit.,c Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r., art. 6c ust. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U z 2023, poz. 100, z późn.zm.), rozporządzenia ministra gospodarki, pracy i polityki społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz.U z 2021 r. poz. 857, z późn. zm.). 4. Państwa dane osobowe przetwarzane będą przez okres niezbędny do załatwienia sprawy w której zostały zebrane i przechowywane będą przez okres wskazany w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz.U.2011 nr 27 poz. 140 z późn. zm.). 5. Państwa dane osobowe mogą być przekazywane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w związku z realizowaną sprawą lub po jej realizacji. 6. Posiadają Państwo prawo do żądania od administratora dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania. 7. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych. 8. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest niezbędne w celu realizacji Państwa sprawy, a niepodanie danych, żądanie ograniczenia ich przetwarzania, żądanie ich usunięcia w trakcie realizacji sprawy, będzie skutkowało niemożnością załatwienia Państwa sprawy.