

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności Nr 2 w Gorzowie Wlkp. ul. Walczaka 110

Wniosek składam:

po raz pierwszy po raz kolejny pogorszenie stanu zdrowia

Nr sprawy:

Dane dziecka

Imię i nazwisko:.....

PESEL: /..... Obywatelstwo:.....

Data i miejsce urodzenia:.....

Dokument tożsamości (nr. aktu urodzenia).....

Adres zameldowania:.....

Adres zamieszkania:.....

Dane przedstawiciela ustawowego dziecka

Imię i nazwisko:.....

PESEL: /..... Obywatelstwo:.....

Data i miejsce urodzenia:.....

Dokument tożsamości:.....

Adres zameldowania:.....

Adres zamieszkania:.....

Adres do korespondencji:.....

Numer telefonu
.....

Zwracam się z wnioskiem o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów:

1. uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
 2. uzyskanie świadczenia pielęgnacyjnego
 3. zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
 4. uzyskanie urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
 5. uzyskanie karty parkingowej
 6. korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie innych przepisów
- (wymienić jakich):.....

Informacje o sytuacji społecznej dziecka

Dziecko wykonuje czynności samoobsługowe: samodzielnie z pomocą nie dotyczy

Dziecko porusza się w otoczeniu: samodzielnie z pomocą nie dotyczy

Dziecko korzysta ze sprzętu rehabilitacyjnego: tak nie

Jeśli tak to z jakiego:.....

Dziecko uczęszcza / nie uczęszcza do placówki oświatowej. Jeśli tak to wskazać do jakiej (przedszkola, szkoły ogólnodostępnej, szkoły integracyjnej, szkoły specjalnej):
.....

Oświadczam, że:

1. **Nie składano / składano** uprzednio wniosek o wydanie orzeczenie o niepełnosprawności dziecka. Jeśli tak: to: wniosek złożono:....., sprawie nadano numer.....
2. **Dziecko pobiera / nie pobiera** zasiłek pielęgnacyjny / świadczenie pielęgnacyjne / inne (jakie?)
....., od kiedy? (podać termin).....

3. **Dziecko może / nie może** przybyć na posiedzenie składu orzekającego na badanie przedmiotowe (**jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej choroby lub nie rokującej poprawy tej choroby**).
4. 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/y wymogu ponoszenia dodatkowych kosztów we własnym zakresie**.
5. Jestem świadoma/y, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o niepełnosprawności, przewodniczący Zespołu Orzekającego zawiadamia na piśmie przedstawiciela ustawowego dziecka o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
6. Zobowiązuję się do informowania Zespołu Orzekającego o każdej zmianie adresu pobytu do momentu zakończenia postępowania w sprawie (zgodnie z art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i mojego dziecka zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu orzeczniczego zgodnie z Rozporządzeniem 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 (tzw. RODO) **TAK / NIE***

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 orzeczniczego **TAK / NIE***

Jestem świadomy, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o niepełnosprawności, przewodniczący Zespołu Orzekającego zawiadamia na piśmie przedstawiciela ustawowego dziecka o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zostałam/em poinformowany, że zgodnie z ustawą z dnia 31 marca 2020r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020r. poz. 568) przedłużeniu uległa ważność orzeczeń o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności wydawanych przez powiatowe i wojewódzkie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności. **Orzeczenia zachowują ważność do upływu 60 dnia od dnia odwołania stanu epidemiologicznego lub stanu epidemii, jednak nie dłużej niż do dnia wydania nowego orzeczenia o niepełnosprawności albo stopniu niepełnosprawności.**

.....
(data i podpis wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego)

UWAGA!!!: Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności należy złożyć:

- Oryginał wypełnionego i podpisanego wniosku (**dokładnie wypełnić każdą rubrykę**),
- Oryginał zaświadczenia lekarskiego (**ważne 30 dni od dnia wystawienia przez lekarza**),
- Kserokopie wszelkiej dokumentacji medycznej mogącej mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności: **karty informacyjne ze szpitala, historia choroby, badania dodatkowe, opisy zdjęć, opinie, orzeczenia, konsultacje i zaświadczenia lekarskie**,
- Kserokopie poprzednich orzeczeń (jeśli były),
- Akt urodzenia dziecka.

*odpowiednie zakreślić

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
miejsowość, data

Zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia.

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (nie należy używać języka łacińskiego):

.....
.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego- początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby:

.....
.....

3. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

.....
.....

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja- rodzaje, czas trwania, pobyt w szpitalu, sanatorium:

.....
.....

5. Ocena wyników leczenia, rokowanie (możliwość poprawy) dalsze leczenie i rehabilitacja:

.....
.....

6. Używany sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie.....

7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej potwierdzającej rozpoznanie (w załączeniu)

.....
.....

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?(data).....

Od kiedy posiada dokumentację medyczną?(data).....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta

Tak / Nie *

W/w dziecko wymaga (nie wymaga) opieki osoby drugiej ze względu na niemożliwość samodzielnej egzystencji.

W/w dziecko jest trwale niezdolny/na do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności

Tak / Nie *

W przypadku trwałej niezdolności dziecka do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego należy wypełnić zaświadczenie lekarskie poniżej.

.....
(pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)

***odpowiednie zakreślić**

Stempel zakładu opieki
lub praktyki lekarskiej

.....
(miejsowość i data (wypełnia lekarz))

Zaświadczenie lekarskie

**wypełnić obowiązkowo, ale wyłącznie w przypadku trwałej niezdolności przybycia dziecka na
posiedzenie składu orzekającego**

Stwierdza się, dziecko....., nr PESEL: jest
trwale niezdolne do przybycia na posiedzenie składu orzekającego z powodu :

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

.....
(data, pieczętka i podpis lekarza wystawiającego)

KLAUZULA INFORMACYJNA

Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności Nr 2 w Gorzowie Wlkp. spełniając obowiązek informacyjny towarzyszący zbieraniu danych osobowych - art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), informuje że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Przewodnicząca Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Gorzowie Wlkp.** z siedzibą w: **ul. Walczaka 110, 66-400 Gorzów Wielkopolski**, e-mail: orzeczenia@powiatgorzowski.pl
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia procedury związanej z orzekaniem o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, o wskazaniach do ulg i uprawnień, bądź na podstawie art.6b ust.1 w związku z art. 3 ust 1-3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2018r. poz.511) oraz § 2 pkt 1-3 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003r. (Dz. U. z 2018 r., poz. 2027) w sprawie orzekania niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności oraz na podstawie art.6 ust 1 pkt. a, c, d, e Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych.
3. Administrator danych nie planuje przekazywać danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy, organizacji międzynarodowej, lub do państwa trzeciego.
4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 50 lat.
5. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych.
6. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania, a w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych do jej wycofania. Skorzystanie z prawa cofnięcia zgody nie ma wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce do momentu wycofania zgody.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy RODO;
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem ustalenia prawa do wydania orzeczenia o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności, lub prawa do ulg i uprawnień, wydania legitymacji osoby niepełnosprawnej bądź karty parkingowej. Jest Pani/Pan zobowiązana/zobowiązany do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku.
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

KLAUZULA ZGODY

Zgodnie z art.6 ust.1. lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r., zapoznałam/em się z treścią Klauzuli i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, przez **Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Gorzowie Wlkp.** z siedzibą: **ul. Walczaka 110, 66-400 Gorzów Wlkp.**, email : orzeczenia@powiatgorzowski.pl, reprezentowany przez **Przewodniczącą PZON**, wyłącznie dla potrzeb ubiegania się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub o wskazaniach do ulg i uprawnień, legitymacji osoby niepełnosprawnej lub wydania karty parkingowej.

.....
(data i czytelny podpis)

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)¹

.....
(miejscowość, data)

.....
(nr PESEL)

OŚWIADCZENIE

o miejscu pobytu stałego

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. *o ewidencji ludności* (Dz. U. z 2017 r. poz. 657, z późn. zm.) zgodnie z którym pobytym stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że moim miejscem pobytu stałego/miejscem pobytu stałego dziecka/miejscem pobytu stałego osoby w imieniu której składam wniosek² jest:

.....
(adres miejsca pobytu stałego)

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz. U. z 2017 r. poz. 2204, z późn. zm.) - *kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8* potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

.....
(podpis)

¹ Osoba, której dotyczy wniosek o wydanie orzeczenia.

² Niepotrzebne skreślić.