**WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

* składany po raz pierwszy  składany po raz kolejny – ze względu na:

 wygaśnięcie terminu ważności poprzedniego orzeczenia

orzeczenie traci ważność w dniu ………………………………………

 zmianę stanu zdrowia dziecka

€ uprzednie niezaliczenia dziecka do osób niepełnosprawnych

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 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Do:**

**Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności**

**Nr 2 w Gorzowie Wlkp.**

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

**1.** uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego **4.** uzyskanie urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze

**2.** uzyskanie świadczenia pielęgnacyjnego **5.** uzyskanie karty parkingowej

**3.** zamieszkiwania w oddzielnym pokoju **6.** korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie innych przepisów

(wymienić jakich):………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Cel podstawowy:** (zakreślić numer) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 - 6

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).

**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):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

w wymiarze (ile godzin dziennie)…………………………………………………………………………………………………………………….

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.

**………………….…….........……….………..……………………………………**

(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 **miejscowość, 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.**

………………….………………………………

( pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)

**\*odpowiednie zakreślić**

Stempel zakładu opieki

lub praktyki lekarskiej

………………………………………..

(miejscowość 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, pieczątka 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)](https://www.poradyodo.pl/europejskie/rozporzadzenie-parlamentu-europejskiego-i-rady-ue-2016679-z-dnia-27-kwietnia-2016-r.-w-sprawie-ochrony-osob-fizycznych-w-zwiazku-z-przetwarzaniem-danych-osobowych-i-w-sprawie-swobodnego-przeplywu-takich-danych-oraz-uchylenia-dyrektywy-9546we-ogolne-rozporzadzenie-o-ochronie-danych-dz.urz.ue-l-1191-7466.html), 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 dni 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](mailto:orzeczenia@powiatgorzowski.pl)**, r**eprezentowany 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)*