

Nr sprawy

....., data

**Powiatowy Zespół ds. Orzekania
o Niepełnosprawności w Raciborzu
ul. Gamowska 3
47-400 Racibórz**

**WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
(dla osób poniżej 16 roku życia)**

Imię (imiona) i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia dziecka

Adres miejsca stałego zameldowania

Adres miejsca pobytu (jeżeli inny niż zameldowania)

Rodzaj dokumentu tożsamości seria i nr dokumentu tożsamości

Nr PESEL dziecka, obywatelstwo

Dane przedstawiciela ustawowego (rodzica) lub opiekuna prawnego:

Imię (imiona) i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres miejsca stałego zameldowania

Adres miejsca pobytu (jeżeli inny niż zameldowania)

Adres do korespondencji

Rodzaj dokumentu tożsamości seria i nr dokumentu tożsamości

Nr PESEL, obywatelstwo

Adres e-mail telefon

Zwracam się z wnioskiem o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności*: po raz pierwszy ponownie
 z powodu zmiany stanu zdrowia: poprawy pogorszenia

w celu uzyskania:

1. zasiłku pielęgnacyjnego;
2. świadczenia pielęgnacyjnego;
3. zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne;
5. prawa do zamieszkania w oddzielnym pokoju;
6. urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze;
7. karty parkingowej;
8. inne (jakie?)

Cel główny złożenia wniosku (należy podać 1 z wyżej wymienionych).....

Oświadczam*, że:

1. dziecko pobiera zasiłek pielęgnacyjny nie pobiera zasiłku pielęgnacyjnego;
 2. składano nie składano uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności
- jeżeli tak, to kiedy
- z jakim skutkiem

3. dziecko może nie może przybyć na badanie przedmiotowe
(**UWAGA** - jeżeli nie może przybyć, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy 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 świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

INFORMACJA o zakresie opieki i pielęgnacji sprawowanej nad dzieckiem

I. Informacje o dziecku*:

1. zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji:

- a) dziecko jest:
 leżące;
 porusza się:
 samodzielnie, o kulach, na wózku inwalidzkim, z pomocą drugiej osoby;
- b) przyjmuje pokarmy:
 samodzielnie jest karmione przez drugą osobę,
 wymaga stosowania specjalnej diety (jakiej)
- c) rodzaj ograniczenia innych czynności (np. mycie się/ ubieranie/ załatwianie czynności fizjologicznych)

- d) rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia

- e) rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno – leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia/ tygodnia/ miesiąca
- f) częstotliwość wizyt lekarskich w domu/ poza domem/ w tygodniu/ miesiącu

2. sytuacja społeczna dziecka:

- a) dziecko nie uczęszcza do przedszkola, uczęszcza do przedszkola, jakiego:
 ogólnodostępnego integracyjnego specjalnego,
 w wymiarze godzin dziennie/tygodniowo.
- b) dziecko nie uczęszcza do szkoły, uczęszcza do szkoły, jakiej:
 ogólnodostępnej integracyjnej specjalnej,
 samodzielnie niesamodzielnie,
 w wymiarze godzin tygodniowo, która klasa
- c) dziecko nie korzysta z nauczania indywidualnego
 korzysta z nauczania indywidualnego w wymiarze.....godzin dziennie/ tygodniowo.
- d) dziecko korzysta ze świetlicy szkolnej, nie korzysta ze świetlicy szkolnej
- e) dziecko korzysta ze stołówki szkolnej, nie korzysta ze stołówki szkolnej.

II. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy(a) odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....
podpis przedstawiciela ustawowego (rodzica)
lub opiekuna prawnego dziecka

*właściwe zaznaczyć

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych klientów
Starostwa Powiatowego w Raciborzu**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

1. Administratorami Państwa danych osobowych zbieranych i przetwarzanych przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności są zgodnie z porozumieniem o współadministrowaniu:
 - Przewodniczący Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Raciborzu przy ul. Gamowskiej 3, e-mail: pzon@powiatraciborski.pl
 - Starosta Raciborski z siedzibą w Raciborzu, Plac Stefana Okrzei 4, e-mail: starosta@powiatraciborski.pl
2. Pełnomocnik i minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego są współadministratorami, w rozumieniu art. 26 ust. 1 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), danych zgromadzonych w systemie przez powiatowe zespoły.
3. W sprawach związanych z Państwa danymi osobowymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, e-mail: iod@powiaraciborski.pl
4. Państwa dane osobowe przetwarzane będą w procesie: "**ORZEKANIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**" w celu:
 - a) wydania orzeczenia o niepełnosprawności/ o stopniu niepełnosprawności;
 - b) wydawania legitymacji osoby niepełnosprawnej;
 - c) wydawania osobie niepełnosprawnej karty parkingowej.
5. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest wypełnienie obowiązku wynikającego z przepisu prawa (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) tj. ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. prawo o ruchu drogowym. Podstawą przetwarzania dodatkowych danych służących celom kontaktowym (numer telefonu, adres email) jest Państwa dobrowolna i świadoma zgoda (art. 6 ust. 1 lit a RODO).
6. Na podstawie obowiązujących przepisów prawa Państwa dane mogą być udostępniane innym podmiotom. Odbiorcy danych zostaną zobowiązani do zachowania danych osobowych w poufności w procesie ich przetwarzania.
7. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów dotyczących instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
8. Obowiązek podania przez Państwa danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z przepisów prawa. Konsekwencją niepodania danych nieobowiązkowych będzie brak możliwości szybkiego kontaktu z Państwem w celu powiadomienia o załatwieniu sprawy lub konieczności uzupełnienia złożonych dokumentów.
9. Mają Państwo:
 1. prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, na przetwarzanie danych dla których ta zgoda była udzielona;
 2. prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących (art. 15 RODO);
 3. prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych(art. 16 RODO);
 4. prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych (art. 18 RODO), z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO;
 5. prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
 6. prawo do usunięcia danych osobowych, jeżeli zgoda została cofnięta i nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania (art. 17 RODO)
10. Nie przysługują Państwu:
 1. prawo do usunięcia danych osobowych (w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO);
 2. prawo do przenoszenia danych osobowych (w związku z art. 20 RODO);
 3. prawo sprzeciwu na podstawie art. 21 RODO, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest wykonywanie obowiązku prawnego.
11. W odniesieniu do Państwa danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO.

UWAGI DOTYCZĄCE SKŁADANIA WNIOSKU:

Do wniosku należy załączyć:

1. **zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności** - wystawione przez lekarza prowadzącego **nie wcześniej niż 30 dni** przed złożeniem wniosku;
2. **kserokopię dokumentacji medycznej, (potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez organ lub podmiot, który dokument wytworzył lub kopię wraz z oryginałem do wglądu)**, którą stanowią m.in.: karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych, opisy badań EKG, RTG, USG, TK, rezonansu magnetycznego, opinie psychologiczne (są ważne 2 lata), historia choroby z poradni prowadzącej oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności, a zwłaszcza okresu jej powstania;
3. **dokument tożsamości** opiekuna prawnego (dowód osobisty) do wglądu;
4. **akt urodzenia dziecka (do wglądu), dowód osobisty lub paszport dziecka (do wglądu) - jeżeli posiada;**
5. w przypadku osób ubezwłasnowolnionych lub pozbawionych zdolności do czynności prawnych, dla których został ustanowiony opiekun prawny lub kurator - postanowienie sądu o ustanowieniu opieki lub kurateli.

Dodatkowe informacje można uzyskać pod numerem telefonu
32 415 21 01, 32 415 21 02,
w poniedziałki, środy, czwartki w godz. 8.30 – 15.00;
wtorki w godz. 8.30 – 17.00, piątki w godz. 7.30 – 14.00.

.....
.....
6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych (w załączeniu)

.....
.....
7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

.....
.....
Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta? Tak/ Nie*

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (rok)

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

W/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji. Tak/ Nie*

W/w Pan/i do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności jest*:

a) zdolny/a

b) zdolny/a w towarzystwie osoby drugiej

c) trwale niezdolny/a do odbycia podróży z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo - należy szczegółowo opisać stan ogólny i/lub miejscowy pacjenta i dołączyć dokumentację medyczną potwierdzającą powyższy stan

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* *niepotrzebne skreślić*