

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

Nr sprawy: PZOON.8321.1. 202...
(numer nadaje Zespół)

.....
data przyjęcia, podpis osoby przyjmującej wniosek

Wąbrzeźno, dnia.....

Imię i nazwisko dziecka /...../

Data i miejsce urodzenia dziecka

Nr PESEL dziecka /...../

Adres zameldowania dziecka (stałego wg dokumentów)

Adres pobytu dziecka

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka

/...../

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka /...../

Adres zameldowania przedstawiciela ustawowego dziecka (stałego wg dokumentów):

Adres pobytu przedstawiciela ustawowego dziecka (korespondencyjny):

Seria i nr dowodu osobistego ; Nr telefonu

Komisja pierwszorazowa

Komisja kolejna:

- w celu kontynuacji ważnego* orzeczenia
 w związku z pogorszeniem stanu zdrowia

**Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności
ul. Wolności 44
87 – 200 Wąbrzeźno**

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

- zasiłku pielęgnacyjnego,
- inne (należy wymienić jakie ?)

Sytuacja społeczna dziecka:

1. Stan rodziny osób.
2. Dziecko uczęszcza*/ nie uczęszcza do przedszkola ogólnodostępnego* / integracyjnego* / specjalnego* w wymiarze godzin dziennie* / tygodniowo*.
3. Dziecko uczęszcza* / nie uczęszcza* do szkoły ogólnodostępnej* / integracyjnej* / specjalnej* - samodzielnie*/ niesamodzielnie* w wymiarze godzin tygodniowo.
4. Korzysta* /nie korzysta* z nauczania indywidualnego w wymiarze godzin dziennie* / tygodniowo*.
5. Dziecko korzysta* / nie korzysta* ze świetlicy szkolnej* / stołówki szkolnej*.
6. Dziecko korzysta ze sprzętu rehabilitacyjnego zbędne* / wskazane* / niezbędne*.

Oświadczam, że:

1. Dziecko *pobiera/pobierało/nie pobierało** zasiłek pielęgnacyjny (do kiedy?)
2. Składano / nie składano* uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności; kiedy? data posiedzenia komisji, z jakim skutkiem: *zaliczyć / nie zaliczyć** do osób niepełnosprawnych, na okres do wydane przez Miejski/Powiatowy/Wojewódzki* Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w
3. **Dziecko może / nie może* przybyć na posiedzenie składu orzekającego.** (*Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby.*)

4. Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

* *odpowiednie zaznaczyć*

.....
Podpis wnioskodawcy lub jego przedstawiciela ustawowego
(podać stopień pokrewieństwa)

Wraz z wnioskiem należy złożyć dokumentację medyczną zgodnie z poniższą informacją.

Informacja!

Do **oryginału wniosku** należy załączyć:

1. **Zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza leczącego (rodzinnego lub specjalistę) na obowiązującym druku (oryginał),**
Zaświadczenie zachowuje ważność 30 dni od daty wystawienia do dnia złożenia w Powiatowym Zespole.

2. **Oryginały lub kopie dokumentacji medycznej** (kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem na każdej stronie dokumentu przez podmiot, który dokument wytworzył, tj. historię choroby – potwierdza osoba uprawniona z poradni będącej w posiadaniu tej dokumentacji, lub przez osoby uprawnione do takiego potwierdzenia, tj. notariusza albo przez występującego w sprawie pełnomocnika strony będącego adwokatem, radcą prawnym, rzecznikiem patentowym lub doradcą podatkowym) **umożliwiającej zaliczenie do osób niepełnosprawnych, ustalenie daty powstania tej niepełnosprawności, itd.**

Dokumentację medyczną stanowią: karty informacyjne leczenia szpitalnego, historie chorób z poradni specjalistycznych i POZ, wyniki badań specjalistycznych (np.: badanie wzroku: badanie dna oka, pole widzenia; badanie słuchu; rezonans magnetyczny; opisy do zdjęć rtg), opinie i orzeczenia Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej, aktualne wyniki testów psychologicznych oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na rozpatrzenie sprawy, np. aktualna opinia psychologa, pedagoga szkolnego, nauczyciela itp..

Potwierdzenia za zgodność z oryginałem kserokopii dokumentu (*karty informacyjnej leczenia szpitalnego, wyniku badania*), **który pozostaje w dokumentacji Zespołu może także dokonać pracownik przyjmujący wniosek, jeżeli przy składaniu wniosku zostanie przedstawiony oryginał dokumentu.**

Przy dokonywaniu oceny o zaliczaniu do osób niepełnosprawnych przez skład orzekający będą uwzględniane tylko oryginały lub kopie dokumentacji medycznej potwierdzone za zgodność z oryginałem.

Kserokopie dokumentacji medycznej nie potwierdzone za zgodność z oryginałem, zgodnie z obowiązującymi przepisami mogą posłużyć jako materiał pomocniczy przy wydawaniu oceny, ale nie decydują o zaliczaniu do osób niepełnosprawnych.

3. W celu kontynuacji niepełnosprawności nowy wniosek o wydanie orzeczenia składa się **nie wcześniej niż 30 dni przez utratą ważności posiadanego orzeczenia.**

4. **Przy kolejnym składaniu wniosku należy dołączyć oryginały lub kopię dokumentacji medycznej zgromadzonej po dacie wydania ostatniego orzeczenia**, potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez podmiot, który wydał dokument lub przez osoby uprawnione do takiego potwierdzenia,

5. Jeżeli dziecko było orzekane w innym Zespole niż Powiatowy Zespół ds. Orzekania w Wąbrzeźnie lub był orzekany w Wojewódzkim Zespole d.s. Orzekania bądź w Sądzie - prosimy załączyć kopię posiadanego orzeczenia lub wyroku.

KLAUZULA INFORMACYJNA

Obsługa wniosków o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności

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 przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/W – ogólne rozporządzenie o ochronie danych, informujemy, iż:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych będzie Przewodniczący Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Wąbrzeźnie.

Można się z nim kontaktować w następujący sposób: listownie na adres siedziby: ul. Wolności 44, 87-200 Wąbrzeźno, tel. 56-688-24-50 do 57, e-mailowo: pzon@wabrzezno.pl.

Do kontaktów w sprawie ochrony Pani/Pana danych osobowych został także powołany inspektor ochrony danych, z którym można się kontaktować wysyłając e-mail na adres: iod@wabrzezno.pl.

1. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie:
 - 1) art. 6 ust. 1 lit c i art. 9 ust. 2 lit. b RODO w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w celu realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze tj. wydania orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub o wskazaniach do ulg i uprawnień,
 - 2) art. 6 ust. 1 lit. a na podstawie Pani/Pana zgody. Zgoda jest wymagana, gdy uprawnienie do przetwarzania danych osobowych nie wynika wprost z przepisów prawa, np. podanie nr telefonu, adresu e-mail.
 2. Pani/Pana dane osobowe możemy ujawniać, przekazywać i udostępniać wyłącznie podmiotom uprawnionym na podstawie obowiązujących przepisów prawa, są nimi m.in. podmioty świadczące usługi pocztowe, bankowe, telekomunikacyjne, organy ścigania, podatkowe, oraz inne podmioty, gdy wystąpią z takim żądaniem oczywiście w oparciu o stosowną podstawę prawną. Pracownikom oraz współpracownikom administratora. Pani/Pana dane osobowe możemy także przekazywać podmiotom, które przetwarzają je na zlecenie administratora tzw. podmiotom przetwarzającym, są nimi np.: podmioty świadczące usługi informatyczne oraz inne wykonujące wyspecjalizowane usługi oraz podmiot wybrany przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w związku z obsługą systemu informatycznego EKSMOoN, jednakże przekazanie Pani/Pana danych nastąpić może tylko wtedy, gdy zapewnią one odpowiednią ochronę Pani/Pana praw.
 3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą do czasu istnienia podstawy do ich przetwarzania, w tym również przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji i tak:
 - 1) do 50 lat od dnia zrealizowania Pani/Pana wniosku,
 - 2) w zakresie danych, gdzie wyraziła Pani/Pan zgodę na ich przetwarzanie, do czasu cofnięcia zgody, nie dłużej jednak niż do czasu wskazanego w pkt 1.
 4. W związku z przetwarzaniem danych osobowych przez Administratora ma Pani/Pan prawo do:
 - 1) dostępu do treści danych na podstawie art. 15 RODO;
 - 2) sprostowania danych na podstawie art. 16 RODO;
 - 3) usunięcia danych na podstawie art. 17 RODO, jeżeli:
 - a) wycofa Pani/Pan zgodę na przetwarzanie danych osobowych;
 - b) dane osobowe przestaną być niezbędne do celów, w których zostały zebrane lub w których były przetwarzane;
 - c) dane są przetwarzane niezgodnie z prawem;
 - 4) ograniczenia przetwarzania danych na podstawie art. 18 RODO, jeżeli:
 - a) osoba, której dane dotyczą, kwestionuje prawidłowość danych osobowych;
 - b) przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się usunięciu danych osobowych, żądając w zamian ograniczenia ich wykorzystywania;
 - c) administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobie, której dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;
 - d) osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania – do czasu stwierdzenia, czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie administratora są nadrzędne wobec podstaw sprzeciwu osoby, której dane dotyczą;
 - 5) cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody nie wpływa na przetwarzanie danych dokonywane przez administratora przed jej cofnięciem
 5. Podanie Pani/Pana danych:
 - 1) jest wymogiem ustawy na podstawie, których działa administrator. Jeżeli odmówi Pani/Pan podania swoich danych lub poda nieprawidłowe dane, administrator nie będzie mógł zrealizować celu do jakiego zobowiązują go przepisy prawa,
 - 2) jest dobrowolne i odbywa się na podstawie Pani/Pana zgody, która może być cofnięta w dowolnym momencie.
 6. Przysługuje Pani/Panu także skarga do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie jej/jego danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
 7. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
 8. Administrator nie przekazuje danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych.
- Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższą klauzulą informacyjną**

Wąbrzeźno, dnia.....

.....
Podpis wnioskodawcy lub jego przedstawiciela ustawowego