**Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności**

Nr sprawy: PZOON.8321.1. ………………… . 2020 ………………………………………...

 ( 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** **□ Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania**

**Komisja kolejna: o Niepełnosprawności**

**□** w celu kontynuacji ważnego\* orzeczenia **ul. Wolności 44**

**□** w związku z pogorszeniem stanu zdrowia **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\*.

1. Dziecko uczęszcza\* / nie uczęszcza\* do szkoły ogólnodostępnej\* / integracyjnej\* / specjalnej\* -

samodzielnie\*/ niesamodzielnie\* w wymiarze .................... godzin tygodniowo.

1. Korzysta\* /nie korzysta\* z nauczania indywidualnego w wymiarze godzin ..................... dziennie\* / tygodniowo\*.
2. Dziecko korzysta\* / nie korzysta\* ze świetlicy szkolnej\* / stołówki szkolnej\*.
3. 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.

1. **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***.***

1. W celu kontynuacji niepełnosprawności nowy wniosek o wydanie orzeczenia składa się **nie wcześniej niż 30 dni przez utratą ważności posiadanego orzeczenia**.
2. **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,
3. 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:
2. 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,
3. 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.
4. 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.

1. 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:
2. do 50 lat od dnia zrealizowania Pani/Pana wniosku,
3. w zakresie danych, gdzie wyraziła Pani/Pan zgodę na ich przetwarzanie, do czasu cofnięcie 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:
5. dostępu do treści danych na podstawie art. 15 RODO;
6. sprostowania danych na podstawie art. 16 RODO;
7. usunięcia danych na podstawie art. 17 RODO, jeżeli:
8. wycofa Pani/Pan zgodę na przetwarzanie danych osobowych;
9. dane osobowe przestaną być niezbędne do celów, w których zostały zebrane lub w których były przetwarzane;
10. dane są przetwarzane niezgodnie z prawem;
11. ograniczenia przetwarzania danych na podstawie art. 18 RODO, jeżeli:
12. osoba, której dane dotyczą, kwestionuje prawidłowość danych osobowych;
13. przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się usunięciu danych osobowych, żądając w zamian ograniczenia ich wykorzystywania;
14. administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobie, której dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;
15. 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;
16. cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody nie wpływa na przetwarzanie danych dokonywane przez administratora przed jej cofnięciem
17. Podanie Pani/Pana danych:
18. 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,
19. jest dobrowolne i odbywa się na podstawie Pani/Pana zgody, która może być cofnięta w dowolnym momencie.
20. 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.
21. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
22. 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