



WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Uwaga: wszystkie punkty formularza należy dokładnie wypełnić dużymi drukowanymi literami

* właściwe zaznaczyć

Nazwisko dziecka i imię (imiona)

Data i miejsce urodzenia dziecka

Adres miejsca zameldowania dziecka

Adres miejsca pobytu dziecka

Nr i seria dokumentu potwierdzającego tożsamość

Nr PESEL dziecka/...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Obywatelstwo* polskie, inne (wpisać jakie)

Dane przedstawiciela ustawowego (rodzica lub opiekuna):

Nazwisko i imię (imiona)

Data i miejsce urodzenia

Adres miejsca zameldowania

Adres miejsca pobytu/korespondencyjny*

Nr i seria dokumentu potwierdzającego tożsamość

Nr PESEL/...../...../...../...../...../...../...../...../..... Telefon

(dane opcjonalne -nieobowiązkowe)

Obywatelstwo* polskie, inne (wpisać jakie)

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności* po raz pierwszy ponownie

ponownie z powodu zmiany stanu zdrowia (polepszenia/pogorszenia*) w celu uzyskania*:

- zasiłku pielęgnacyjnego
- świadczenia pielęgnacyjnego
- uzyskania prawa do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- uzyskania urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- sprzętu ortopedycznego
- karty parkingowej
- inne (jakie?)

Cel główny złożenia wniosku (wpisać jeden 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 (jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie
lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej
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

Informacje o dziecku:

1. zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji (*niepotrzebne skreślić*):

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

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

Do wniosku załączam posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą stanu zdrowia dziecka.

W przypadku nauczania indywidualnego – orzeczenie kwalifikacyjne oraz aktualne badanie psychologiczne.

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

KLAUZULA INFORMACYJNA

1. **Administratorem danych osobowych przetwarzanych w Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Wodzisławiu Śląskim jest Przewodniczący Zespołu (ul. Pszowska 92a, 44-300 Wodzisław Śląski).**
2. Państwa dane osobowe przetwarzamy w celu rozpatrzenia wniosku w związku z wykonywaniem **obowiązków prawnych ciążących na administratorze** (art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO**). W pewnym zakresie możemy przetwarzać dane osobowe również **na podstawie Państwa zgody** (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) – np. numer telefonu.
3. Dane osobowe przetwarzamy przez **okres wynikający z przepisów dotyczących instrukcji kancelaryjnej, jednolitego rzeczowego wykazu akt i działania archiwów zakładowych.**

4. Podanie przez Państwa danych jest **obowiązkiem ustawowym**. Obowiązek dotyczy wskazania Państwa danych identyfikacyjnych i danych opisujących okoliczności składanego wniosku. Dodatkowo mogą nam Państwo przekazać **dane opcjonalne w oparciu o Państwa zgodę**, które nie są niezbędne do realizacji wniosku, ale mogą np. usprawnić komunikację między nami.
5. Państwa dane możemy przekazywać **innym organom publicznym i podmiotom** (np. Wojewódzkiemu Zespołowi do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Województwie Śląskim w przypadku rozpatrywania odwołań w II instancji), przy czym dokonujemy tego wyłącznie w sytuacji, gdy istnieje podstawa prawna do tego typu działań. Państwa dane powierzamy również **Ministerstwu Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej – Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych** – w zakresie funkcjonowania systemu EKSMOoN (Elektronicznego Krajowego Systemu Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności). Przetwarzanie Państwa danych ujętych w wewnętrznych systemach informatycznych powierzamy także **podmiotom obsługującym lub udostępniającym nam te systemy**, przy czym zakres przetwarzania ograniczony jest tylko i wyłącznie do zakresu związanego z realizacją zadań w tych systemach, takich jak wdrożenie, naprawa, konserwacja tych systemów lub hosting danych. Państwa dane identyfikacyjne przekazujemy również **innym administratorom przetwarzającym je we własnym imieniu**, takim jak podmioty prowadzące działalność pocztową lub płatniczą (banki), jednakże tylko w zakresie niezbędnym do realizacji świadczeń względem Państwa.
6. Mają Państwo **prawo** dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania oraz w przypadkach przewidzianych w RODO – do usunięcia i ograniczania przetwarzania danych. W przypadku danych przetwarzanych na podstawie zgody – mają Państwo dodatkowo prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych. W celu realizacji powyższych praw mogą Państwo złożyć do nas **wniosek**.
7. Mają Państwo ponadto prawo wniesienia **skargi** do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli uważają Państwo, że przetwarzanie Państwa danych narusza przepisy RODO.
8. W sprawach związanych z ochroną danych osobowych mogą się Państwo kontaktować z **Inspektorem Ochrony Danych w Starostwie Powiatowym: iod@powiatwodzislawski.pl**.
9. Więcej informacji: www.powiatwodzislawski.pl/mojedane.

** RODO – ogólne rozporządzenie o ochronie danych (2016/679) z dnia 27 kwietnia 2016 r.

UWAGI DOTYCZĄCE SKŁADANIA WNIOSKU:

Do wniosku **dla osób niepełnoletnich** 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. posiadaną **kserokopię dokumentacji medycznej (poświadczoną za zgodność z oryginałem 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), kartotekę 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), karta NFZ dziecka albo dowód osobisty dziecka (do wglądu)**;
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) 412-09-67, od poniedziałku do czwartku: 8.00 – 15.00; piątek: 8.00 – 14.00.

Punkt informacyjny (pokój nr 9) czynny:

od poniedziałku do środy: 8:00-15:00, czwartek: 8:00 – 17:00; piątek: 8:00-13:00

**UWAGA: zaświadczenie jest ważne tylko 30 dni od jego wystawienia,
wszystkie punkty formularza oraz dane osobowe pacjenta wypełnia lekarz w języku polskim**

Niewłaściwie wypełnione zaświadczenie lekarskie jest obarczone brakiem formalnym.
Zaświadczenie nieaktualne lub z brakami uniemożliwia skuteczne wszczęcie postępowania.

....., dnia

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności**

Imię i nazwisko

Data urodzenia PESEL/...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

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

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

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

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie.....

.....

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 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 celem udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby umożliwiającej osobiste stawiennictwo – poniżej należy szczegółowo opisać stan ogólny i/lub miejscowy pacjenta i dołączyć dokumentację medyczną potwierdzającą powyższy stan.

.....

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie