Miejsce na adnotacje urzędowe

.....dnia .....r.
(miejscowość) (data)

Do Powiatowego/Miejskiego
Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności
w .....
.....

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

Wniosek składam:

☐ Po raz pierwszy
☐ W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia
(na podstawie § 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności)
☐ W związku ze zmianą stanu zdrowia
(na podstawie § 15 ust. 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności)

Dane dziecka (osoby do 16 roku życia):

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia ..... miejsce urodzenia .....

Numer PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ obywatelstwo .....

Adres zamieszkania .....

Adres pobytu powyżej 2 miesięcy *(jeśli inny niż adres zamieszkania)* .....

.....

Adres do korespondencji *(jeśli inny niż adres zamieszkania)* .....

.....

Numer telefonu ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Dane przedstawiciela ustawowego dziecka:

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego .....

Data urodzenia ..... miejsce urodzenia .....

Numer PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ obywatelstwo .....

Rodzaj dokumentu tożsamości ..... seria i numer .....

Adres zamieszkania .....

Adres do korespondencji *(jeśli inny niż adres zamieszkania)* .....

.....

Numer telefonu ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

* właściwe zaznaczyć krzyżykiem

Wniosek składam dla celów:

- ☐ konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- ☐ korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
- ☐ korzystania z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych
- ☐ uzyskania zasiłku stałego
- ☐ uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- ☐ uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- ☐ zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju
- ☐ uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- ☐ korzystania z karty parkingowej
- ☐ korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
- ☐ inne (wymienić): .....

.....

.....

Sytuacja społeczna i rodzinna dziecka

Warunki mieszkaniowe: .....

Liczba osób zamieszkujących wspólnie: .....

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:*

	samodzielnie	z pomocą	pod opieką
Wykonywanie czynności samoobsługowych	☐	☐	☐
Poruszanie się	☐	☐	☐

Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:* ☐ nie ☐ tak, jeśli tak, wymienić:.....

.....

Dziecko ☐ **nie uczęszcza/** ☐ **uczęszcza*** **do placówki oświatowej** (np. żłobek, przedszkole, szkoła, jakiej?): .....

Oświadczenia:

1. **W imieniu dziecka** ☐ **nie składano/** ☐ **składano*** wniosek w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności w dniu.....r.

   Dziecko ☐ **nie posiada/** ☐ **posiada*** orzeczenie o niepełnosprawności, wydane w dniu..... r., ważne do dnia ..... r.
2. **Dziecko** ☐ **może/** ☐ **nie może*** przybyć na posiedzenie składu orzekającego *(jeśli nie, należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby).*
3. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o niepełnosprawności, przewodniczący powiatowego/miejskiego zespołu 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.
4. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie (art. 41 *Kodeksu postępowania administracyjnego*).

* właściwe zaznaczyć krzyżykiem

5. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy wynikającej z art. 233. § 1 *Kodeksu karnego* oświadczam, że dane zawarte w powyższym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

Załączniki:

1. *Dokumentacja medyczna*
2. *Zaświadczenie lekarskie zawierające opis stanu zdrowia, wydane nie wcześniej, niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku przez lekarza, pod którego opieką lekarską znajduje się dziecko*
3. *Inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności (wymienić):.*

.....

.....

.....

.....

Podpis osoby składającej wniosek[1]

.....

[1] *podpis osoby zainteresowanej lub, jeżeli nie posiada ona zdolności do czynności prawnych, jej przedstawiciela ustawowego; w przypadku składania wniosku przez ośrodek pomocy społecznej na podstawie art. 6b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych należy przedstawić dowód wyrażenia zgody przez osobę zainteresowaną lub jej przedstawiciela ustawowego*

* właściwe zaznaczyć krzyżykiem

Informacja
o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Jarocinie*

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Przewodniczący Powiatowego Zespołu do spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Jarocinie, zwanym dalej Zespołem.
Dane teleadresowe: ul. Dworcowa 2, 63-200 Jarocin, tel.: 62 505 45 82, e-mail: pcpr@pcprjarocin.pl
2) Z Inspektorem Ochrony Danych w Zespole można się kontaktować wyłącznie w sprawach dotyczące przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. Korespondencję kierować na adres iod@powiat-jarocinski.pl
3) Zespół przetwarza Pani/Pana dane osobowe celem ustalenia niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności. Orzeczenia wydaje się wniosek wniesiony przez osobę pełnoletnią lub przez przedstawiciela ustawowego.
4) Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych realizowane będzie na podstawie prawnej określonej przez art. 6 ust. 1 lit c i art. 9 ust.2 lit b RODO* i wynikać będzie z przepisów prawa określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym profilowane. Administrator nie planuje dalej przetwarzać danych osobowych w celu innym niż cel w którym dane osobowe zostały zebrane.
5) Dostęp do Pani/Pana danych osobowych znajdujących się w Zespole posiadają tylko wyłącznie upoważnieni pracownicy i tylko w zakresie niezbędnym do realizacji obowiązków służbowych. Odbiorcami mogą być podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa.
6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i zgodnie z przepisami kancelaryjno – archiwalnymi obowiązującymi w Zespole wynikającymi z ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.
7) Posiada Pani/Pan prawo (żądania): dostępu do swoich danych, do sprostowania (poprawiania) danych, do ograniczenia przetwarzania danych i wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.
Zakres Pani/Pana praw (żądań) jest ograniczony i wynika z obowiązków nałożonych przez przepisy prawa na administratora.
8) Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
9) W przypadku kiedy Pani/Pan podaje swoje dane osobowe do przetwarzania na podstawie wynikającej z obowiązującego przepisu prawa – podanie danych jest obowiązkowe, a niepodanie danych może powodować nierozpatrzenie wniosku o ustalenia niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności.

* Obowiązek informacyjny wobec osób, które dane dotyczą, wynika z art. 13 Rozporządzenie 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 (RODO)

.....
(Imię, nazwisko osoby składającej wniosek)

Oświadczenie

Zapoznałem się z Informacją o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Jarocinie i rozumiem, że dane osobowe będą przetwarzane w celu ustalenia mojej niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności.

.....
(Data i podpis osoby składającej wniosek)