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 ..../..../...../..../..../..../..../..../..../...../....., 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 dostarczenia dokumentacji medycznej uzupełniającej złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza prowadzącego, jestem świadomy/a wymogu ponoszenia 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.

.....
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 przysługuje 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 na 3 miesiące** przed dniem 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.

Uwaga*: zaświadczenie jest ważne tylko 3 miesiące od dnia jego wystawienia,*
wszystkie punkty formularza oraz dane osobowe pacjenta wypełnia lekarz w języku polskim

..... Miejscowość ....., dnia .....
pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb Zespołu ds. 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 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) <u>trwale</u> 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*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

pieczątka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* ***niepotrzebne skreślić***