

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

Nr sprawy

Strzyżów, data

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia dziecka

Nr PESEL dziecka

Nr i seria dowodu tożsamości dziecka

Adres zameldowania dziecka

Adres pobytu dziecka

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka

PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka

Rodzaj, seria i numer dowodu tożsamości opiekuna prawnego dziecka

Adres do korespondencji

Nr telefonu:

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Strzyżowie

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów:

1. Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
2. Uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego,
3. Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
4. Uzyskania urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
5. spełniania przez osobę przesłanek określonych w art. 8 ust. 3a pkt 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym (Dz.U. z 2020 r. poz. 110 tj.)
6. Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów (wymienić jakich)

Cel podstawowy

Oświadczam, że:

1. dziecko pobiera/pobierało zasiłek pielęgnacyjny,
2. składano/nie składano uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności
kiedy
z jakim skutkiem
– czy odwołano się od poprzedniego orzeczenia tak/nie
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 poprawy 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 wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

Uzasadnienie wniosku:

1. Ilość osób w rodzinie
2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:
 - a) wykonywanie czynności samoobsługowych samodzielnie/ z pomocą.....
 - b) poruszanie się samodzielnie/ z pomocą.....
 - c) komunikowanie się całkowite /ograniczone.....
3. korzystanie ze sprzętu ortopedycznego (podać rodzaj)
4. dziecko uczęszcza do : żłobka / przedszkola / szkoły (podać klasę i rodzaj placówki: ogólnodostępna/integracyjna/specjalna)

Aktualny wniosek dotyczy zmiany stanu zdrowia w stosunku do posiadanego prawomocnego orzeczenia TAK/NIE.

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

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia składane wraz z wnioskiem jest ważne przez 30 dni od dnia wypełnienia przez lekarza!

Do wniosku należy dołączyć **kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałami** dokumentacji medycznej dziecka (kartoteki, karty szpitalne, wyniki istotnych badań itp), lub kserokopie i oryginały do wglądu celem potwierdzenia za zgodność.

Do wniosku należy dołączyć kserokopie konsultacji lekarzy specjalistów w leczeniu których dziecko pozostaje oraz (w przypadku składania o ponowne ustalenie niepełnosprawności) poprzednie orzeczenie o niepełnosprawności, a także w przypadku dzieci uczących się - opinię wychowawcy klasy na temat funkcjonowania w szkole.

KLAUZULA INFORMACYJNA
OBOWIĄZUJĄCA W POWIATOWYM CENTRUM POMOCY RODZINIE W STRYŻÓWIE
POWIATOWYM ZESPOLE DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W STRYŻÓWIE

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.5.2016r.), informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Strzyżowie - Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Strzyżowie, mające swoją siedzibę przy ul. Parkowa 7, 38-100 Strzyżów (Nr telefonu kontaktowego - tel. (17) 221 14 53 lub (17) 221 14 54, fax. (17) 2761 041, adres poczty elektronicznej email: pcpr@strzyzow.un.pl. Inspektor Ochrony Danych - iod@pcprstrzyzow.pl);
2. Pozyskane dane osobowe przetwarzane będą na podstawie przepisów prawa wynikającego z art. 6 ust.1 lit c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO – (tj. wydawania orzeczeń o niepełnosprawności - na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz przepisów wykonawczych do ww. ustawy);
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (tj. realizacji zadań wynikających z zakresu działalności instytucji);
4. Podanie danych osobowych do spełnienia w/w celu jest wymagane, ponieważ wynika z przepisów prawa, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wszczęcia postępowania administracyjnego i realizacji ustawowych zadań ciążących na administratorze;
5. Pani/Pana dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, wynikające z przepisów prawa zawartych w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt obowiązującym w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Strzyżowie, przez okres wymagany w związku z kategorią archiwalną. Ponadto okres przechowywania może się wydłużyć np. z uwagi na sytuację dochodzenia roszczeń;
6. Administrator może przekazać Pani/Pana dane innym odbiorcom. Odbiorcą danych mogą być podmioty uzyskujące dostęp do Pani/Pana danych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa;
7. Administrator nie przekazuje Pani/Pana danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych w rozumieniu RODO;
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, przenoszenia i usunięcia, a także prawo do ograniczenia przetwarzania danych lub do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, jeżeli nie jest to ograniczone poprzez inne przepisy prawne;
9. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj. *Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych*), gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r;
10. W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

Podanie przez Panią/Pana swoich danych osobowych jest dobrowolne, jednakże w przypadku nie udzielenia zgody na ich przetwarzanie nie będzie mogła/mógł Pani/Pan realizować swoich praw wynikających z trybu postępowania przy wydawaniu orzeczeń o niepełnosprawności.

Oświadczam, że zrozumiałem wszystkie informacje wyżej podane i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w treści niniejszego wniosku oraz w zakresie niezbędnych potrzeb wynikających z trybu postępowania przy wydawaniu orzeczeń o niepełnosprawności.

.....
/ podpis osoby zainteresowanej/
/lub jej przedstawiciela ustawowego/

Zaświadczenie lekarskie jest ważne 3 miesiące od daty wystawienia!

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość
Data

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

Imię i nazwisko
Data i miejsce urodzenia.....
Adres zamieszkania
Nr i seria dowodu osobistego (paszportu)
PESEL

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 oraz 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*

.....
Pieczątką i podpis lekarza
wydającego zaświadczenie

UWAGA!

W przypadku niemożności wzięcia udziału w posiedzeniu składu orzekającego należy potwierdzić poniższy zapis pieczętą i podpisem lekarza:

W/w Pan(i) jest niezdolny(a) do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo.

.....
Pieczątką i podpis lekarza
wydającego zaświadczenie

*niepotrzebne skreślić