|  |  |
| --- | --- |
| Miejsce na adnotacje urzędowe | ……………………………………….., dnia ………………….. r.  (miejscowość) (data)  **Do Powiatowego Zespołu  do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności  w** …………………………………………..……………………............ |

**WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Na podstawie § 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r.   
w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 2027)

**Wniosek składam** (właściwe zaznaczyć krzyżykiem):

* Po raz pierwszy
* W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia **(nie wcześniej niż na 30 dni przed upływem ważności posiadanego 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- t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 2027)
* 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 - t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 2027)
* Składałem wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności – brak niepełnosprawności
* **W związku ze zmianą przepisów ustawy** z dnia 20 czerwca 1997 r. **Prawo u ruchu drogowym** (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1990, ze zm.)

**Dane dziecka (osoby do 16 roku życia):**

IMIĘ [\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_]

NAZWISKO [\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_]

Data urodzenia [\_\_[\_\_]-[\_\_[\_\_]-[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_] Miejsce urodzenia………………..…………………..…..  
 dzień – miesiąc – rok

Numer PESEL [\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_] Obywatelstwo**\*** ……………….……..…………

Nr dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość: ……………………………………………....……………….……….. [\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_]

Adres zamieszkania ………………………………………………………….……………………………………………………………..…………….

Adres pobytu ……………………………………………………………………..……………………………………….…………………………………..

(wypełnić, jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

**Dane przedstawiciela ustawowego dziecka**:

IMIĘ [\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_]

NAZWISKO [\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_]

Data urodzenia [\_\_[\_\_]-[\_\_[\_\_]- [\_\_[\_\_[\_\_[\_\_] Miejsce urodzenia………………..…………………..…..  
 dzień – miesiąc – rok

Numer PESEL [\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_] Obywatelstwo**\*** ……………….……..…………

Nr dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość: ……………………………………………....……………….……….. [\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_]

Adres zamieszkania ..………………………………………………………….……………………………………………………………..…………….

Adres pobytu ………………..…………….…………………………………………………….…………………………………………………………….  
 (wypełnić jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

**\***obywatelstwo w przypadku cudzoziemca nieposiadającego numeru PESEL

**Wniosek składam dla celów (najważniejszy cel zaznaczyć krzyżykiem):**

* Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
* Uzyskanie świadczenia pielęgnacyjnego
* Zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju
* Uzyskanie urlopu wychowawczego   
  w dodatkowym wymiarze
* Korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie innych przepisów
* Inne (wymienić jakie): ……………………………….…..  
  ………………………………………………………………….……  
  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Sytuacja społeczna i rodzinna dziecka (właściwe zaznaczyć krzyżykiem):**

* **Zdolność do samodzielnego funkcjonowania dziecka:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Porusza się samodzielnie * Porusza się o kulach * Porusza się na wózku inwalidzkim | | * Porusza się z pomocą drugiej osoby * Jest leżące | |
| * **Dziecko przyjmuje pokarmy:** | | | |
| * Samodzielnie | | * Jest karmione przez drugą osobę | |
| * Wymaga stosowania specjalnej diety (jakiej?): ………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………....................................... | | | |
| * **Rodzaj ograniczenia innych czynności** (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………….. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…… | | | |
| * **Rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia**  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | |
| * **Rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno – leczniczych wykonywanych w ciągu □ dnia □ tygodnia   □ miesiąca\*\***……………………………………………………………………………………………............................................... ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..… | | | |
| * **Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:** | | | |
| * nie | * tak, jakiego: ……………………………………………………………………………………………………………. | | |
| * **Dziecko uczęszcza do żłobka lub przedszkola:** | | | |
| * Ogólnodostępnego * Specjalnego | | | * Integracyjnego * Nie dotyczy |
| * **Dziecko uczęszcza do szkoły:** | | | |
| * Ogólnodostępnej * Specjalnej | | | * Integracyjnej * Nie dotyczy |

**\*\* właściwe zaznaczyć krzyżykiem**

**Oświadczam, że:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1)\*\*** | * Dziecko **nie posiada** / | | | * Dziecko **posiada** orzeczenie o niepełnosprawności wydane |
|  | ważne do dnia ……………………………...................... | | | |
| **2)\*\*** | * Dziecko **może**/ | * Dziecko **nie może** przybyć na posiedzenie składu orzekającego | | |
|  | **Jeżeli nie** - należy dołączyć do wniosku zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału  w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo | | | |
| **3)\*\*** | * Aktualnie toczy / | | * Nie toczy się w sprawie dziecka postępowanie przed sądem powszechnym   w sprawie ustalenia niepełnosprawności | |
| **4)** | W razie stwierdzenia przez zespół ds. orzekania o niepełnosprawności konieczności uzupełnienie dokumentacji medycznej m.in. poprzez wykonanie: badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, dostarczenie historii choroby z poradni specjalistycznych, **jestem świadomy ponoszenia kosztów ich wykonania we własnym zakresie**. | | | |
| **5)** | **Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu pobytu do momentu zakończenia postępowania w sprawie.**  **Art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 2096, ze zm.)**  § 1. W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swojego adresu, w tym adresu elektronicznego.  § 2. W razie zaniedbania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny. | | | |
| **6)** | **Dane zawarte we wniosku są prawdziwe.** | | | |
| **7)** | **Wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności jest autentyczna i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów.**  **Art. 270 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z** **2018 r. poz. 1660, ze zm.)**  § 1. Kto, w celu użycia za autentyczny, podrabia lub przerabia dokument lub takiego dokumentu jako autentycznego używa, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.  § 2. Tej samej karze podlega, kto wypełnia blankiet, opatrzony cudzym podpisem, niezgodnie z wolą podpisanego i na jego szkodę albo takiego dokumentu używa.  § 2a. W wypadku mniejszej wagi, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.  § 3. Kto czyni przygotowania do przestępstwa określonego w § 1,podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **8)** | **Zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej (załącznik nr 2 do wniosku) dotyczącej przetwarzania danych osobowych w celu wydania orzeczenia o niepełnosprawności, w tym z informacją o celu  i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz o przysługujących mi prawach.** |

**\*\* właściwe zaznaczyć krzyżykiem**

|  |  |
| --- | --- |
|  | ……………………………………………………………  podpis przedstawiciela ustawowego dziecka |

**UWAGA: Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności należy złożyć:**

* Oryginał wniosku **(dokładnie wypełnić każdą rubrykę)**,
* Oryginał zaświadczenia lekarskiego (**ważny 30 dni od daty wystawienia przez lekarza)**,
* Uwierzytelnioną kserokopię wszelkiej dokumentacji potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności, np.: karty informacyjne z leczenia szpitalnego, historia choroby, badania dodatkowe, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie.
* Kserokopie poprzednich orzeczeń (jeśli były)

**Załączniki:**  
Nr 1 – Zgoda na przetwarzanie dodatkowych danych

Nr 2 – Klauzula informacyjna

Załącznik nr 1 – Zgoda na przetwarzanie dodatkowych danych

**Zgoda na przetwarzanie dodatkowych danych osobowych**

Zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem 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 ustawą o ochronie danych osobowych, **wyrażam zgodę** na podanie mojego numeru telefonu w celu ułatwienia kontaktowania się Zespołu ze mną w sytuacjach, gdy jest to niezbędne.

Podanie numeru jest świadomie wyrażoną i dobrowolną zgodą.

Nr telefonu [\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_[\_\_]

Adres email ………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
|  | ……………………………………………………………….……  podpis osoby zainteresowanej  lub jej przedstawiciela ustawowego |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Załącznik nr 2 – Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego Rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. informujemy, iż:

|  |  |
| --- | --- |
| **Klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych** | |
| **TOŻSAMOŚĆ ADMINISTRATORA** | Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Strzelcach Opolskich przy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie, mający siedzibę w Strzelcach Opolskich 47-100 przy ul. Chrobrego 5. |
| **DANE KONTAKTOWE ADMINISTRATORA** | Z Administratorem można skontaktować się poprzez adres e-mail: orzecznictwo[@pcpr.strzelceop.pl](mailto:sekretariat@gzoj-strzelceopolskie.pl), telefonicznie pod numerem 77 461 39 01, pisemnie na adres siedziby administratora lub osobiście w siedzibie administratora. |
| **DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH** | Został wyznaczony inspektor ochrony danych, z którym może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych, poprzez email [iod@powiatstrzelecki.pl](mailto:iod@powiatstrzelecki.pl) lub tel. 77 440 17 82. |
| **CELE PRZETWARZANIA  I PODSTAWA PRAWNA** | Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu realizacji ustawowych zadań Powiatowego Zespołu ds. Orzekania  o Niepełnosprawności w Strzelcach Opolskich, tj.: uzyskanie orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności,  o wskazaniach do ulg i uprawnień, uzyskanie karty parkingowej, uzyskanie legitymacji osoby niepełnosprawnej, archiwizacja posiadanych dokumentów i danych oraz prowadzenie spraw z zakresu zadań i obowiązków dotyczących Powiatowego Zespołu w Strzelcach Opolskich niewymienionych wyżej. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. c, e, art.9 ust. 2 pkt g RODO (dane szczególnych kategorii np. zdrowia). |
| **ODBIORCY DANYCH** | Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane innym organom publicznym i podmiotom przetwarzającym dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów (np. Sąd, Policja, Ośrodek Pomocy Społecznej, Powiatowy/Miejski/Wojewódzki Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności), a także podmiotom działającym na zlecenie administratora takim jak dostawcy usług informatycznych, przy czym zakres przetwarzania ograniczony jest wyłącznie do zakresu związanego z realizacją zadań w tych systemach. |
| **OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH** | Pani/Pana dane będą przetwarzane przez okres wynikający z przepisów dotyczących instrukcji kancelaryjnej, jednolitego rzeczowego wykazu akt i działania archiwów zakładowych. Natomiast zbiory tworzone doraźnie usuwane są bezpośrednio po osiągnięciu celu przetwarzania. |
| **PRAWA PODMIOTÓW DANYCH** | Przysługuje Pani/Panu prawo do: dostępu do Pani/Pana danych oraz uzyskania ich kopii; sprostowania (jeżeli są nieprawidłowe); sprzeciwu ich przetwarzania oraz usunięcia lub ograniczenia przetwarzania (tylko w ściśle określonych przypadkach). |
| **PRAWO WNIESIENIA SKARGI DO ORGANU NADZORCZEGO** | Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych w państwie członkowskim Pani/Pana zwykłego pobytu, miejsca pracy lub miejsca popełnienia domniemanego naruszenia.  Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO), ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel. 22 531 03 00. |
| **INFORMACJA O DOWOLNOŚCI  LUB OBOWIĄZKU PODANIA DANYCH** | Podanie przez Państwa danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa. |