/wypełnia PZOoN w Rybniku/

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności (dla osób poniżej 16 roku życia)

Nr sprawy .....

Imię (imiona) i nazwisko dziecka .....
Data i miejsce urodzenia dziecka .....
Adres miejsca zameldowania dziecka .....
Adres miejsca pobytu dziecka .....
Nr legitymacji szkolnej ....
Nr aktu urodzenia dziecka (dot. dzieci, które nie rozpoczęły realizacji obowiązku szkolnego) ……..
.....
Nr PESEL dziecka …./…./…../…./…./…./…./…./…./…./…../…..

Dane przedstawiciela ustawowego (rodzica) lub opiekuna prawnego:
Imię (imiona) i nazwisko .....
Nr PESEL …./…./…../…./…./…./…./…./…./…./…../….. Obywatelstwo .....
Adres miejsca zameldowania .....
Adres miejsca pobytu/korespondencji….....
Rodzaj dokumentu tożsamości ..... seria i nr ……
Numer telefonu ..... Adres poczty elektronicznej (e-mail) .....

Do Powiatowego Zespołu do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności w Rybniku
ul. Bolesława Chrobrego 39
44-200 Rybnik

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) sprzętu ortopedycznego
4) karty parkingowej
5) inne (jakie?) .....

Cel główny złożenia wniosku (należy podać 1 z wyżej wymienionych) .....

Oświadczam, że:
1. składano/ nie składano* uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności jeżeli tak, to kiedy ..... z jakim skutkiem .....
2. 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) ,
3. 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.

Do wniosku załączam zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb Zespołu, uwierzytelnioną kopię dokumentacji medycznej dotyczącą stanu zdrowia dziecka, inne aktualne badania np. psychologiczne, akt urodzenia dziecka i dowód osobisty przedstawiciela ustawowego (rodzica) lub opiekuna prawnego (do wglądu). W przypadku nauczania indywidualnego – orzeczenie kwalifikacyjne.

INFORMACJA o zakresie opieki i pielęgnacji sprawowanej nad dzieckiem

I. 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 – 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 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.

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

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 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) informuję, iż:

Administratorem danych osobowych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Rybniku, ul. Bolesława Chrobrego 39, reprezentowany przez Przewodniczącego

Inspektor Ochrony Danych - kontakt

e-mail: iod@pzon.rybnik.pl nr telefonu: 32 42 37 202

Cel i podstawa prawna przetwarzania danych

Wydanie orzeczenia o niepełnosprawności na podstawie art. 6 b i art. 6 d ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. *o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*

Odbiorcy danych osobowych

Brak odbiorców. Dane osobowe powierzane są *Ministerstwu Rodziny i Polityki Społecznej ul Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.*

Okres przechowywania danych

Dane osobowe będą przechowywane przez okres czasu zgodny z obowiązującymi w Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Rybniku regulacjami wewnętrznymi.

Prawa osoby, której dane dotyczą

Prawo do żądania od Administratora dostępu do swoich danych, ich sprostowania, przeniesienia.
Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy osoba uzna, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy *ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.*

Pozostałe informacje

Podanie danych osobowych jest obowiązkowe gdyż wynika z podanych wyżej podstaw prawnych.

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

Dodatkowych informacji można uzyskać pod nr telefonu 32 42 37 202 od poniedziałku do piątku, w godz. 8-14 lub na stronie internetowej www.pzon.rybnik.pl

* właściwe zakreślić

UWAGA – dotyczy wniosków o ponowne wydanie orzeczenia

Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Rybniku informuje, iż zgodnie z art. 15h ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. *o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych* (tekst jedn. Dz. U. z 2020 r. poz. 1842 z późn. zm.), zwanej dalej *Ustawą,* z przyczyn związanych z przeciwdziałaniem COVID-19, orzeczenie o niepełnosprawności albo orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, wydane na czas określony na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. *o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawny*ch (tekst jedn. Dz. U. z 2021 r., poz. 573), którego ważność upływa w terminie od dnia wejścia w życie *Ustawy* (tj. od dnia 08 marca 2020 r.), zachowuje ważność do upływu 60. dnia od dnia odwołania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, jednak nie dłużej niż do dnia wydania nowego orzeczenia o niepełnosprawności albo orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. Bez znaczenia pozostaje fakt, iż było to orzeczenie o niepełnosprawności wydane na okres do ukończenia przez dziecko 16 roku życia.

....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)[1] (miejscowość, data)

.....
(nr PESEL)

OŚWIADCZENIE

o miejscu pobytu stałego

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. *o ewidencji ludności* (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 510 z późn. zm.), zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że moim miejscem pobytu stałego/ miejscem pobytu stałego dziecka/ miejscem pobytu stałego osoby w imieniu której składam wniosek[2] jest:

……
(adres miejsca pobytu stałego)

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny, tj. kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8* potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

.....
(podpis)

[1] Osoba, której dotyczy wniosek o wydanie orzeczenia.

[2] Niepotrzebne skreślić.