

## Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

**Wniosek: pierwszorazowy, kontynuacja, zmiana stanu zdrowia\***

Nr sprawy ..... data .....

Imię i nazwisko dziecka .....

Nr PESEL dziecka .....

Data i miejsce urodzenia dziecka .....

Adres zamieszkania dziecka .....

Numer aktu urodzenia dziecka/numer legitymacji szkolnej/numer dowodu osobistego\*

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka .....

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka .....

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka .....

Nr i seria dowodu osobistego przedstawiciela ustawowego dziecka .....

do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania  
o Niepełnosprawności w Środzie Śląskiej

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

- zasiłku pielęgnacyjnego;
- inne ( jakie ? ) .....

Oświadczam, że :

1. dziecko pobiera / pobierało \* zasiłek pielęgnacyjny,
2. składano / nie składano\* uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności kiedy ..... z jakim skutkiem .....
3. dziecko może / nie może \* przybyć na badanie przedmiotowe ( jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenia lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby);
4. w razie stwierdzenia 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.

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

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. Z 1997 Nr 133 poz. 883 ze zm. ) w zbiorze danych osobowych prowadzonych przez Zespół.**

Do wniosku należy dołączyć dokumentację medyczną :

np. karty informacyjne, opinie lekarzy specjalistów, opinia psychologiczna, wyniki testów, opisy badań RTG, USG itp.

.....  
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

\*niepotrzebne skreślić

**INFORMACJA**  
**o zakresie opieki i pielęgnacji sprawowanej nad dzieckiem**  
**przez osobę ubiegającą się o zasiłek**

imię i nazwisko osoby ubiegającej się o zasiłek .....

Imię i nazwisko dziecka..... nr: .....

**I Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji:**

1. dziecko jest leżące/ porusza się samodzielnie/ o kulach/ na wózku inwalidzkim/ z pomocą drugiej osoby\*

2. przyjmuje pokarmy: samodzielnie/ jest karmione przez drugą osobę/ wymaga stosowania specjalnej diety (jeżeli tak, to jakiej.....)\*

3. rodzaj ograniczenia innych czynności ( np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych).....

4. rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia

5. rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno-leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia/ tygodnia/ miesiąca\*

6. częstotliwość wizyt lekarskich  
w domu.....  
poza domem.....

**II Sytuacja społeczna dziecka :**

1. dziecko uczęszcza/ nie uczęszcza\* do przedszkola: ogólnodostępnego /integracyjnego/ specjalnego\* w wymiarze ..... godzin dziennie/ tygodniowo\*

2. dziecko uczęszcza/ nie uczęszcza\* do szkoły ogólnodostępnej/ integracyjnej/ specjalnej - samodzielnie/ niesamodzielnie\*, w wymiarze..... godzin tygodniowo

3. dziecko korzysta/ nie korzysta\* z nauczania indywidualnego, w wymiarze..... godzin dziennie/ tygodniowo\*;

4. dziecko korzysta/ nie korzysta\* ze świetlicy szkolnej/ stołówki szkolnej\*.

**Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

.....  
data

.....  
podpis osoby ubiegającej się o zasiłek

\*niepotrzebne skreślić

## Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (w postaci: imię, nazwisko, numer i seria dowodu osobistego, adres zamieszkania, PESEL, data i miejsce urodzenia, informacje o stanie zdrowia i rodziny) oraz na administrowanie moimi danymi osobowymi zgodnie z *Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Europy - w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania Osób Niepełnosprawnych, ul. Kilińskiego 30b, 55-300 Środa Śląska, w celu realizacji zadań prowadzonych przez powiatowe zespoły.*

.....

**podpis wnioskodawcy/lub opiekunów prawnych**

### Klauzula informacyjna

*Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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), informujemy, iż:*

- 1) **administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Śląskiej, ul. Wrocławska 2, 55-300 Środa Śląska;**
- 2) **kontakt z Inspektorem Ochrony Danych** możliwy jest pod adresem e-mail: [rodo.hr.consulting@gmail.com](mailto:rodo.hr.consulting@gmail.com) lub adresem do korespondencji jest adres **administratora**.
- 3) **celem przetwarzania danych jest** realizacja obowiązków wynikających z przepisów prawa - art. 6 ust. 1 lit. c RODO,
- 4) **dane udostępnione przez Państwa będą podlegały udostępnieniu podmiotom wykonującym na rzecz administratora zadań statutowych** i mogą zostać udostępniane tylko organom upoważnionym na podstawie przepisów prawa;
- 5) **administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;**
- 6) **Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres** wynikający z przepisów dotyczących archiwizacji;
- 7) **przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego**, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Państwa danych osobowych oraz danych Państwa dzieci narusza przepisy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (L.E) 2016/679 z 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). *Organem nadzorczym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych;*
- 8) **Podanie przez Państwa danych osobowych jest wymogiem ustawowym.**
- 9) **dane udostępnione przez Państwa nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji**, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

.....

**podpis wnioskodawcy/lub opiekunów prawnych**

Miejscowość.....

Data.....

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka  
wydane dla potrzeb**

**Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

( Uwaga! Zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia do dnia złożenia w Zespole )

Imię i nazwisko dziecka .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....  
.....  
.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego

.....  
.....  
.....

3. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące

.....  
.....  
.....

4. Rokowanie ( możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

.....  
.....  
.....

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie

.....  
.....  
.....

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny zdrowia dziecka (w załączeniu)

.....  
.....  
.....

.....  
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie