

.....
Data wpływu wniosku

PZON-/...../.....
Nr sprawy

POWIATOWY ZESPÓŁ DO SPRAW ORZĘKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W ŻYWCU

ul. KS.PR.ST. SŁONKI 24 tel: (33) 861-70-49

WNIOSEK

W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DZIECKA DO LAT 16

(właściwe zaznaczyć):

- ☐ składany po raz pierwszy
☐ składany o kontynuację orzeczenia (nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia)
☐ składany o zmianę orzeczenia z powodu pogorszenia / zmiany stanu zdrowia

DANE PERSONALNE DZIECKA:

Imię pierwsze.....Imię drugie.....Nazwisko.....

Data urodzenia Miejsce urodzenia.....

Numer aktu urodzenia dziecka Obywatelstwo

PESEL

Telefon kontaktowy

Adres zameldowania na pobyt stały:

Miejscowość	Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Kod pocztowy	Poczta
.....					

Adres zamieszkania: (wpisać, jeżeli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na pobyt stały)

Miejscowość	Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Kod pocztowy	Poczta
.....					

Adres do korespondencji : (wpisać, jeżeli jest inny niż wskazany powyżej)

Miejscowość	Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Kod pocztowy	Poczta
.....					

DANE PERSONALNE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO LUB OPIEKUNA PRAWNEGO/WNIOSKODAWCY: (w przypadku jeżeli została ustanowiona opieka prawna należy załączyć kserokopię oraz oryginał do wglądu dokumentu ustanawiającego opiekę prawną)

Imię pierwsze.....Imię drugie.....Nazwisko.....

Data urodzenia Miejsce urodzenia.....

Seria i numer dokumentu tożsamości Obywatelstwo.....

PESEL

Adres zameldowania na pobyt stały:

Miejscowość	Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Kod pocztowy	Poczta
-------------	-------	------------	--------------	--------------	--------

Adres zamieszkania: (wpisać, jeżeli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na pobyt stały)

Miejscowość	Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Kod pocztowy	Poczta
-------------	-------	------------	--------------	--------------	--------

Adres do korespondencji :(wpisać, jeżeli jest inny niż wskazany powyżej)

Miejscowość	Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Kod pocztowy	Poczta
-------------	-------	------------	--------------	--------------	--------

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów: (właściwe zaznaczyć)

- ☐ uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- ☐ uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- ☐ konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- ☐ korzystania z karty parkingowej
- ☐ korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
- ☐ zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- ☐ uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- ☐ inne

CEL PODSTAWOWY:.....
(należy wpisać cel podstawowy jeżeli zaznaczono więcej niż jeden cel)

ZAKRES SPRAWOWANEJ NAD DZIECKIEM OPIEKI I PIELĘGNACJI:

1. Porusza się (właściwe zaznaczyć) : ☐ samodzielnie ☐ na wózku inwalidzkim ☐ o kulach ☐ z pomocą osoby drugiej
2. Przyjmuje pokarmy(właściwe zaznaczyć) : ☐ samodzielnie ☐ jest karmione przez drugą osobę
3. Czynności samoobsługowe (np. mycie, ubieranie się itd.) wykonuje (właściwe zaznaczyć) : ☐ samodzielnie ☐ z pomocą drugiej osoby
4. Rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych i leczniczych wykonywanych w ciągu dnia:

.....

.....

.....

.....

5. Częstotliwość wizyt i badań lekarskich:

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

SYTUACJA SPOŁECZNA DZIECKA :

1. Dziecko ☐ nie uczęszcza ☐ uczęszcza do (właściwe zaznaczyć) : ☐ żłobka

przedszkola: ☐ ogólnodostępnego ☐ integracyjnego ☐ specjalnego

szkoły: ☐ ogólnodostępnej ☐ integracyjnej ☐ specjalnej

☐ ośrodka szkolno- wychowawczego

2. Inne istotne informacje dotyczące dziecka:

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

OŚWIADCZAM, ŻE

1. ☐ dziecko może przybyć ☐ nie może przybyć na posiedzenie komisji (jeżeli nie, należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej, długotrwałej choroby).

2. ☐ nie składałem ☐ składałem uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności i otrzymałem orzeczenie nr.....termin ważności

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 wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

4. Informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą pociąga za sobą odpowiedzialność karną przewidzianą w art. 233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego.

.....
data i podpis Wnioskodawcy

Do wniosku należy załączyć :

1. Oryginał zaświadczenia o stanie zdrowia wydanego przez lekarza stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszego wniosku.
2. Poświadczone za zgodność z oryginałem kserokopie kart leczenia szpitalnego (o ile takie leczenie miało miejsce) lub kserokopie kart leczenia szpitalnego wraz z oryginałem w celu uwierzytelnienia przez pracowników Zespołu.
3. Poświadczone za zgodność z oryginałem kserokopie innych dokumentów dotyczących stanu zdrowia mogących mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności (np. historia choroby, wyniki badań diagnostycznych, konsultacje specjalistyczne itd.) lub kserokopie tych dokumentów wraz z oryginałami w celu uwierzytelnienia przez pracowników Zespołu.
4. Oryginał aktu urodzenia dziecka tylko do wglądu.

Uwaga!

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki. W przypadku gdy wniosek będzie zawierał pola niewypełnione, wnioskodawca zostanie wezwany do jego uzupełnienia. Do wniosku należy również załączyć wszystkie wymagane załączniki.

KLAUZULA INFORMACYJNA

dla klientów Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Żywcu

1. Administratorem Pani/a danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności, ul. Ks. Prał. St. Słonki 24, 34-300 Żywiec.
2. Podmiotem przetwarzającym w imieniu Administratora jest Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.
3. W sprawach związanych z Pani/a danymi można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, e-mail iodo@pcpr-zywiec.pl.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celach realizacji ustawowych zadań Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Żywcu tj. rozpatrzenie wniosku o ustalenie statusu osoby niepełnosprawnej lub w celu prowadzenia innych postępowań administracyjnych związanych z Pani/Pana wnioskiem, określonych na gruncie ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego, co wynika z art. 6b ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz aktów wykonawczych do tej ustawy.
4. Dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom w celu prawidłowej realizacji zadań na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych lub instytucjom uprawnionym do przetwarzania danych osobowych na mocy przepisów prawa.
5. Pani/a dane osobowe będą przechowywane w czasie określonym przepisami prawa oraz zgodnie z rzeczowym wykazem akt PCPR w Żywcu.
6. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem wynikającym z przepisów ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Ma Pan/Pani prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, zajmującego się ochroną danych osobowych, gdy stwierdzone zostanie, że dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z przepisami prawa.
9. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania.
10. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

.....
przyjmuję do wiadomości data i podpis Wnioskodawcy