

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA

DLA DZIECKA

(PONIŻEJ 16-TEGO ROKU ŻYCIA)

DO WNIOSKU KONIECZNIE NR DOWODU TOŻSAMOŚCI DZIECKA:

DOWÓD OSOBISTY LUB PASZPORT – KONIECZNY !!!

PROSIMY O

* DOKŁADNE I STARANNE UZUPEŁNIENIE WSZELKICH INFORMACJI ZAWARTYCH ZARÓWNO:

- WE WNIOSKU O WYDANIE ORZECZENIA, JAK I
- ZAŚWIADCZENIU LEKARSKIM O STANIE ZDROWIA (lekarz prowadzący, rodzinny lub specjalista)
- INFORMACJI O ZAKRESIE OPIEKI I PIELĘGNACJI SPRAWOWANEJ NAD DZIECKIEM PRZEZ OSOBĘ UBIEGAJĄCĄ SIĘ O ZASIŁEK PIELĘGNACYJNY,

* ZŁOŻENIE PODPISU PRZEZ WNIOSKODAWCĘ W WYZNACZONYCH MIEJSCACH, A TAKŻE PODANIE NR TELEFONU DO KONTAKTU

**DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ BEZWZGLĘDNIE
WSZELKĄ POSIADANĄ PRZEZ WNIOSKODAWCĘ
DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ I EWENTUALNIE
PSYCHOLOGICZNĄ,**

KTÓRA POTWIERDZA AKTUALNY STAN ZDROWIA

W KSEROKOPII I ORYGINAŁ DO WGLĄDU!!!

DOKUMENTACJA NIEPOTWIERDZONA ZA ZGODNOŚĆ, NIE BĘDZIE BRANA POD UWAGĘ JAKO DOWÓD W SPRAWIE

Dokumentacja medyczna to np.:

- karty informacyjne z leczenia szpitalnego,
- wyniki badań,
- opinie lekarzy specjalistów,
- opinie specjalistów rehabilitacji i fizjoterapeutów, logopedów itp.,
- kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem z kartotek pacjenta z poradni specjalistycznej lub ogólnej.

Poza tym, można załączyć:

- opinię psychologiczną,
- orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego,
- opinię o potrzebie wczesnego wspomagania,
- opinię wychowawcy klasy o uczniu.

WNIOSEK ZŁOŻONY:

- **po raz PIERWSZY** (w przypadku, kiedy osoba nie była wcześniej orzekana i nie posiadała dotychczas orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)
- **o PONOWNE wydanie orzeczenia** (w przypadku wygaśnięcia ważności posiadanego orzeczenia – wniosek można złożyć NIE WCZEŚNIEJ NIŻ 30 DNI przed upływem ważności posiadanego orzeczenia)
- **o PONOWNE wydanie orzeczenia w związku ze ZMIANĄ STANU ZDROWIA** (w przypadku posiadania ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, ale stan zdrowia uległ pogorszeniu lub poprawie i osoba wnioskuje o zmianę stopnia niepełnosprawności lub treści orzeczenia)
- **o ponowne wydanie orzeczenia dla potrzeb ustalenia wskazania do KARTY PARKINGOWEJ** (w przypadku posiadania ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności wydanego przed 1 lipca 2014r, ale z uwagi na zmianę przepisów dotyczących przyznawania i wydawania kart parkingowych, osoba jest zobowiązana do złożenia wniosku o ponowne wydanie orzeczenia w celu uzyskania wskazań do karty parkingowej)

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

Nr sprawy.....dn.....

Imię i nazwisko dziecka.....

Nr PESEL dziecka:.....

Nr i seria dok. tożsamości.....

Data i miejsce urodzenia:.....

Adres zamieszkania dziecka:.....

Szkoła/Przedszkole.....klasa.....

Tryb nauczania.....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka:.....

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka.....

Nr i seria dok. tożsamości.....

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka.....

Telefon.....

Do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Miechowie

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

- zasiłku pielęgnacyjnego,
- inne (jakie?)

Oświadczanie, że:

1. dziecko/pobierało zasiłek pielęgnacyjny do dnia.....
 2. składano/nie składano uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, kiedy z jakim skutkiem
 3. dziecko może/nie może przybyć na badanie przedmiotowe (jeśli 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/świadoma wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
- * Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Do wniosku załączam posiadaną dokumentację medyczną stanu zdrowia dziecka.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Miechowie z siedzibą w Miechowie przy ul. Sienkiewicza 18 zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 poz 1182,1662). Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku. Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....
Podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

INFORMACJA

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

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o zasiłek pielęgnacyjny:.....

.....

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia:

Miejsce zamieszkania:

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* (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*, w tygodniu*, w miesiącu*

.....

Sytuacja społeczna dziecka:

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

2. dziecko 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 stały, pielęgnacyjny)

*niepotrzebne skreślić

Imię i nazwisko dziecka

Wiek

Szkoła / przedszkole , klasa

Sprawność fizyczna dziecka , rozwój ruchowy

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

Mowa

.....
.....

.Sprawność umysłowa (pamięć, myślenie koncentracja , uwagi)

.....
.....

Jak dziecko radzi sobie w szkole / przedszkolu z wymaganiami

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

Funkcjonowanie dziecka wśród rówieśników

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

Zainteresowania dziecka

.....
.....

Ograniczenie związane z chorobą dziecka (w czym potrzebuje pomocy)

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

Dane rodziców : imię , nazwisko , wykształcenie , zawód wyuczony , wykonywany

Matka

Wykształcenie

Zawód wyuczony

Wykonywany

Ojciec

Wykształcenie

Zawód wyuczony

Wykonywany

(podpis rodzica / opiekuna prawnego)

.....

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb zespołu
do spraw orzekania o niepełnosprawności**

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

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia i miejsce urodzenia

Nr PESEL

Adres zamieszkania:

Imię i nazwisko opiekuna prawnego:

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); 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 (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

.....

.....

.....

.....

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie stanowiących załączniki do niniejszego zaświadczenia

.....

.....

.....

.....

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

.....

.....

.....

.....

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie ? (data).....

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? (data).....

W/w Pan/i wymaga/nie wymaga* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w Pan/i jest zdolny, nie jest zdolny* do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności.

U w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia od czasu poprzedniego badania przez zespół
Tak/Nie*

.....

stempel i podpis lekarza
wydającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić

.....
(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* (Dz. U. z 2015 r., poz. 388), 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 wniosek² 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* (Dz. U. z 1997 r., Nr. 88, poz. 553 z późn. zm.) - *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 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.

Opinia
na temat sytuacji dydaktycznej i wychowawczej ucznia
dla potrzeb Powiatowego Zespołu Orzekającego o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko dziecka

.....

PESEL dziecka

.....

Szkoła i klasa

.....

- 1 Informacja o rozpoznanych przez nauczycieli i wychowawców oraz specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem indywidualnych potrzebach rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwościach psychofizycznych ucznia (w tym mocne strony, uzdolnienia). Wpływ dysfunkcji organizmu na funkcjonowanie orzekanej osoby w warunkach szkolnych.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Rozwój ruchowy dziecka(np. czy jest sprawny fizycznie, ćwiczy na lekcjach wychowania fizycznego, sprawnie posługuje się nożyczkami, pisze starannie, utrzymuje się w liniaturze) Wymienić jego mocne i słabe strony.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Czy orzekana osoba komunikuje się w sposób zrozumiały dla otoczenia(np. czy korzysta z pomocy logopedy, wypowiada się logicznie spójnie, jaki jest jej zasób słów, jaka jest technika czytania, poziom radzenia sobie z językami obcymi) Wymienić mocne i słabe strony

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Poziom koordynacji wzrokowo-ruchowej (np. ocena poziomu pisma pod kątem błędów, ocena poziomu rysunków na geometrii lub plastyce, orientacja w kierunkach) Wymienić mocne i słabe strony.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Opis funkcjonowania osoby orzekanej w poszczególnych obszarach:

a)Poznawczym i edukacyjnym (koncentracja, pamięć, wiedza, myślenie logiczne, uzdolnienia, zainteresowania, motywacja do nauki, realizacja wymagań programowych, itp.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

b)Emocjonalno – społecznym (kontrola emocji, odporność na porażki, radzenie sobie z krytyką, kontakty z rówieśnikami i z dorosłymi, stosowanie się do norm, aktywność na rzecz klasy itp.)

.....

.....

.....

.....

.....

6. Udział w dodatkowych zajęciach na terenie szkoły (wymienić w jakich uczestniczy)

.....

.....

.....

7. Inne zauważone potrzeby lub trudności dziecka

.....

.....

.....

.....

.....

Data i czytelny podpis

**Klauzula informacyjna dla wnioskujących o wydanie decyzji o niepełnosprawności i o stopniu niepełnosprawności –
zaświadczenie lekarskie**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1) – dalej RODO – informujemy, że:

1. Administratorami Pani/Pana danych osobowych są:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Przewodniczący Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Miechowie, ul. Sienkiewicza 18, 32-200 Miechów, tel. 41-38-340-84 zwany dalej „Administratorem”;

2. Inspektor Ochrony Danych

W sprawach ochrony Pani/Pana danych można kontaktować się z wyznaczonym Inspektorem Ochrony Danych pod adresem: e-mail iod@synergiaconsulting.pl pod numerem telefonu 500 610 605 lub pisemnie na adres siedziby Administratora;

3. Ogólne cele i podstawy przetwarzania

Administrator będzie przetwarzał Pani/Pana dane osobowe w celu przeprowadzenia postępowanie w sprawie wydania orzekania o niepełnosprawności i o stopniu niepełnosprawności. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit b RODO w związku z § 3. 1.1) Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15.07.2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności

4. Odbiorcy danych

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane:

- 1) podmiotom, które przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej z administratorem umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych m.in. firmom informatycznym, hostingowym, prawniczym, audytorskim, firmom zajmującym się ochroną danych osobowych,
- 2) oprócz tego możemy zostać zobowiązani np. na podstawie przepisu prawa do udostępnienia Pana/Pani danych osobowych podmiotom prywatnym i publicznym

5. Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane w celach archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny wynikający z przepisów dotyczących archiwizowania dokumentów obowiązujących u Administratora (Rzeczowy Wykaz Akt), w przypadku przetwarzania na podstawie zgody do czasu zrealizowania celu lub jej odwołania.

6. Posiada Pani/Pan prawo do;

- 1) dostępu do treści swoich danych na podstawie art. 15 RODO przy czym:
- 2) żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe;
- 3) żądania usunięcia danych na podstawie art. 17 RODO (z zastrzeżeniem ust 3 lit b i e);
- 4) ograniczenia przetwarzania na podstawie art. 18 RODO
- 5) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa 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.

7. Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich nie podanie danych będzie skutkować brakiem rozpatrzenia sprawy.

8. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Pani/Pana dane nie będą podlegały profilowaniu.

