**Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności**

Nr sprawy A/……/……… Włoszczowa dnia. ……..………….……….

Imię i nazwisko dziecka …………………………………………………..……………………………….…………….…………

Nr PESEL dziecka ………………………………………………………………………………….…………………..…….……

Nr dokumentu potwierdzającego tożsamość dziecka (**nr aktu urodzenia**/ nr legitymacji szkolnej/ nr dowodu osobistego/nr paszportu / inny) ………………………….………………………..……………………………….……………………..…….…..

Data i miejsce urodzenia dziecka ………………………………….…………………..……………..……………….……………..

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

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka ……………………………………………..……………………………….

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka ………………………………………………….………………………….….….

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka ……………………………………….……………………….………..

…………………………………………………………………………..…………………………………………………..….……

Numer telefonu kontaktowego ……………………………………………………………….…………………………….…….….

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania**

**o Niepełnosprawności, ul. Żeromskiego 28, 29-100 Włoszczowa**

**Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów:**

1. Zasiłku pielęgnacyjnego
2. Świadczenia pielęgnacyjnego
3. Inne (jakie?)……………………………………………………………………………….………………………………..

**Oświadczam, że:**

1. Dziecko pobiera / pobierało zasiłek pielęgnacyjny do……………………………………………………….…………….
2. Składano / nie składano uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, jeśli tak to kiedy…………………………………..……., z jakim skutkiem….…….……………….……………………..…………
3. Dziecko może / nie może przybyć na badanie przedmiotowe (jeżeli nie, to należy dołączyć 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 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.

**Do wniosku należy załączyć:**

* zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności;
* posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą stanu zdrowia dziecka. **W przypadku kolejnego orzekania tylko nowe dokumenty z okresu od ostatniej komisji – wyłącznie potwierdzone za zgodność z oryginałem lub z oryginałami do wglądu.**
* Opiekun dziecka posiadającego orzeczenie o niepełnosprawności wydane na czas określony może wystąpić z kolejnym wnioskiem o wydanie orzeczenia o ponowne ustalenie niepełnosprawności, nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia.

□\***Oświadczam, iż niniejszy wniosek składam w celu ustalenia wskazania do karty parkingowej stanowiącego podstawę do ubiegania się o wydanie karty parkingowej na podstawie art. 8 ust. 3a pkt. 2 ustawy z dnia 20 czerwca 1997r. - *Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2017r. 1260).***

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych i zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie we Włoszczowie, ul. Wiśniowa 10, 29-100 Włoszczowa

2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem email: [rk@ncnetcom.pl](mailto:rk@ncnetcom.pl) lub [pd@ncnetcom.pl](mailto:pd@ncnetcom.pl)*,*

3)Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust.2 lit. g - ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r., w celu:

- wydania 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 (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r., poz. 511 ze zm.),

4) odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.

5) Pana/Pani dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji wskazanych w pkt. 3 celów, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy prawa*,*

6) posiada Pani/Pan prawo do: żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub o prawie do wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych,

7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych,

8) podanie Pani/Pana danych jest wymogiem ustawowym, wynika z realizacji obowiązków wynikających z przepisów prawa,

…………………………………………… …………………………………………………

data podpis