

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności we Włoszczowie

Nr sprawy 4011-A/...../.....

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 (meldunek stały)

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka (meldunek stały)

Adres do korespondencji przedstawiciela ustawowego dziecka (pobyt czasowy).....

Numer telefonu kontaktowego:

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o 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, **jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**
5. Zobowiązuję się do informowania Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności (zgodnie z art. 41 k.p.a.) **o każdej zmianie adresu pobytu do momentu zakończenia postępowania w sprawie.**
6. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o niepełnosprawności, Przewodniczący Zespołu zawiadamia na piśmie o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że jej nieuzupełnienie w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
7. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy (**zgodnie z art. 233 kk**).

□* 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 (tj. Dz. U. z 2018r. 1990 z późn. zm.)**.

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 tj. karty informacyjne lub wypisowe, wyniki badań i konsultacji, historia choroby, opinie/oceny psychologiczne. **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.

.....
data

.....
podpis

* należy zaznaczyć jeżeli główny cel dotyczy weryfikacji wskazania w pkt. 9 aktualnego orzeczenia wydanego przed 01.07.2014r.

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 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 (Dz. U. UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

- 1) Administratorem Państwa danych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności we Włoszczowie, ul. Żeromskiego 28 (ZOZ), 29-100 Włoszczowa, tel. 41 39 44 979, 504-752-876
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@cibi24.pl lub pisemnie na adres Administratora.
- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu **wydania orzeczenia o niepełnosprawności** jak również w celu realizacji praw oraz obowiązków wynikających z przepisów prawa (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) oraz z Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997r. (tj. Dz. U. z 2018r, poz.. 511 ze zm.),
- 4) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych.
- 5) Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegać profilowaniu.
- 6) Państwa dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
- 7) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
- 8) Podanie przez Państwa danych osobowych jest obowiązkowe. Nieprzekazanie danych skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3.
- 9) Państwa dane będą przekazywane na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych Ministerstwu Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.