**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 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.

□\* **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).***

…………………………………………… ………………………………………………… data podpis

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Na podstawie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności we Włoszczowie ul. Żeromskiego 28 (ZOZ)29-100 Włoszczowa tel/fax 041 39-44-979, 504-752-876
2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych mogą Państwo kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Dariuszem Padała pod adresem e-mail: [inspektor@cbi24.pl](mailto:inspektor@cbi24.pl).
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji obowiązków prawnych ciążących na Administratorze.
4. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. c) ww. Rozporządzenia.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych będą podmioty, które na podstawie zawartych umów przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora.
7. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:

- dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także - w przypadkach przewidzianych prawem - prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych.

-wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się  
 z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,   
ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Ponadto informujemy, iż w związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych nie podlega Pan/Pani decyzjom, które się opierają wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu, o czym stanowi art. 22 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.