

## **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) .....

Adres pobytu dziecka (pobyt czasowy) .....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka .....

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka .....

Nr dokumentu potwierdzającego tożsamość przedstawiciela ustawowego dziecka (nr dowodu  
osobistego/nr paszporty/inny) .....

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 uczy się / nie uczy się do:** żłobka/ przedszkola ogólnodostępnego/  
przedszkola integracyjnego/ przedszkola specjalnego/ szkoły ogólnodostępnej/ szkoły  
ogólnodostępnej z internatem/ szkoły integracyjnej/ oddziału integracyjnego/ szkoły  
specjalnej/ oddziału specjalnego/ szkoły specjalnej z internatem/ Ośrodka Szkolno-  
Wychowawczego.
4. **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).
5. 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.**
6. 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.**

7. 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.
8. 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 składałam 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

#### KLAUZULA INFORMACYJNA

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@cbi24.pl](mailto:inspektor@cbi24.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 osobowych 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.

.....  
data

.....  
podpis

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