# Wniosek

**1.**

**2.**

**PIECZĄTKA WPŁYWU WNIOSKU DO ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO**

**o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności**

**(dotyczy osób do 16 roku życia)**

Nr sprawy:

**(w przypadku kolejnego orzeczenia ponowny wniosek należy złożyć nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia, nie dotyczy dzieci ubiegających się o zmianę stanu zdrowia)**

**DANE OSOBOWE DZIECKA:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NAZWISKO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **IMIĘ 1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| **IMIĘ 2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | |
| **PŁEĆ** | M | **/** | K | *Odpowiednio zaznaczyć* | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATA URODZENIA** |  |  |  |  |  |  |  |  | Wpisać cyframi: dzień/miesiąc/rok | | | | | | | | | |  |
| **MIEJSCE URODZENIA** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | |
| **OBYWATELSTWO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SERIA, NR i RODZAJ**  **DOK.TOŻSAMOŚCI** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1. *dowód osobisty* 2. *paszport,* 3. *legitymacja szkolna,* 4. *odpis skrócony aktu urodzenia* | | | | | | |  |

**ADRES ZAMELDOWANIA DZIECKA:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MIEJSCOWOŚĆ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ULICA, NR DOMU, LOKALU** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **KOD POCZTOWY** |  |  | **-** |  |  |  |  | | | | | | | | | |
| **POCZTA** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ADRES POBYTU DZIECKA *(wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania)***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MIEJSCOWOŚĆ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ULICA, NR DOMU, LOKALU** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **KOD POCZTOWY** |  |  | **-** |  |  |  |  | | | | | | | | | |
| **POCZTA** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO lub OPIEKUNA PRAWNEGO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NAZWISKO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IMIĘ 1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| **IMIĘ 2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | |
| **PŁEĆ** | M | **/** | K | *Odpowiednio zaznaczyć* | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATA URODZENIA** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | |
| **MIEJSCE URODZENIA** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | | | | | |
| **OBYWATELSTWO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **SERIA, NR i RODZAJ DOK.**  **TOŻSAMOŚCI** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 1. *dowód osobisty* 2. *paszport* | | | | | | |

**ADRES ZAMELDOWANIA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO lub OPIEKUNA PRAWNEGO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MIEJSCOWOŚĆ** |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| **ULICA, NR DOMU, LOKALU** |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **KOD POCZTOWY** |  |  | **-** |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **POCZTA** |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| **TELEFON KONTAKTOWY** |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **ADRES POBYTU PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO lub OPIEKUNA PRAWNEGO (JEST TO RÓWNIEŻ ADRES DO KORESPONDENCJI)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MIEJSCOWOŚĆ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| **ULICA, NR DOMU, LOKALU** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| **KOD POCZTOWY** |  |  | **-** |  |  |  |  |  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **POCZTA** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |

**ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA**

**CELÓW: z*aznaczyć* X**

|  |  |
| --- | --- |
| Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego |  |
| Uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego |  |
| Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju |  |
| Uzyskania przez opiekuna, urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze |  |
| Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów - np. jakie: |  |

**DANE DOTYCZACE SYTUACJI SPOŁECZNEJ DZIECKA:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DZIECKO UCZĘSZCZA:**  ***(zaznaczyć X)*** | * *żłobek,* * *przedszkole ogólnodostępne,* * *przedszkole integracyjne,* * *przedszkole specjalne,* * *szkoła ogólnodostępna,* * *szkoła ogólnodostępna z internatem,* * *szkoła integracyjna,* * *oddział integracyjny,* * *szkoła specjalna,* * *oddział specjalny,* * *szkoła specjalna z internatem,* * *ośrodek szkolno-wychowawczy* | | |
| Czy ze względu na stan zdrowia dziecko może przybyć na posiedzenie składu orzekającego?  **(*zaznaczyć X*) (jeśli nie, należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia**  **udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo)** | | **TAK** | **NIE** |

***Zaznaczyć X***

|  |  |
| --- | --- |
| Pierwszy wniosek |  |
| Zmiana stanu zdrowia w trakcie ważności dotychczasowego orzeczenia |  |
| Ponowne wydanie orzeczenia po upływie ważności dotychczasowego |  |

**Do wniosku obowiązkowo należy dołączyć:**

1. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku,
2. Kopię (potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez lekarza lub placówkę służby zdrowia) **aktualnej**

dokumentacji medycznej lub kopię + oryginał do wglądu,

1. Kopię (oryginał do wglądu) wydanego wcześniej przez inny Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności lub wyrok sądu,
2. Kopię (oryginał do wglądu) postanowienia lub zaświadczenia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego
3. W dniu składania wniosku należy przedłożyć do wglądu dokument tożsamości dziecka i przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego (w przypadku jego ustanowienia).

**Oświadczenia i uwagi:**

**Pola w rubrykach należy wypełnić czytelnie, pismem drukowanym, dużymi literami**

1. Jestem świadomy/a, że jeżeli załączona do wniosku dokumentacja medyczna jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o niepełnosprawności dziecka Przewodniczący Zespołu zawiadamia na piśmie osobę zainteresowaną o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, iż nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
2. Stosownie do art. 41 ustawy z dnia 14.06.1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego przyjmuję do wiadomości, iż w toku postępowania mam obowiązek powiadamiać o każdej zmianie swego adresu. W razie zaniedbania ww. obowiązku doręczenie pisma pod dotychczasowy adres ma skutek prawny.
3. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie lub zatajenie prawdy, zgodnie z art. 233 § 1i ustawy z dnia 06.06.1997 r. Kodeks Karnym oświadczam, że dane podane we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

5. Stosownie do art. 23 ust.1 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz osoby w imieniu której występuję dla celów wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

…..............., dnia …............................. ………………………………………

(czytelny podpis przedstawiciela ustawowego)

i Art. 233 § 1 Kodeksu karnego „Kto składając zeznanie mające posłużyć jako dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat trzech”.

# Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (zwanym dalej Rozporządzeniem) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Powiecie Łódzkim Wschodnim, al. J. Piłsudskiego 133d, 92-318 Łódź. Kontakt jest możliwy za pomocą telefonu 42 6744834 lub mailem na adres: [pzon@lodzkiwschodni.pl](mailto:pzon@lodzkiwschodni.pl). W sprawach związanych z danymi osobowymi kontaktuj się z Inspektorem ochrony danych poprzez adres: [pzon@lodzkiwschodni.pl](mailto:pzon@lodzkiwschodni.pl).
2. Dane osobowe w dokumentach składanych w naszym Zespole przetwarzane będą w celu realizacji składanych wniosków należących do właściwości rzeczowej lub miejscowej Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Powiecie Łódzkim Wschodnim. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji złożonego wniosku oraz przez wymagany przepisami prawa okres ich archiwizacji zgodny z kategorią archiwizacyjną określoną przepisami prawa.
3. W związku z przetwarzaniem danych związanych z realizacją Pani/Pana wniosku, dane Pani/Pana mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców. Odbiorcami danych mogą być:
4. podmioty upoważnione do odbioru Pani/Pana danych na podstawie przepisów prawa (np. organ II instancji w celu realizacji złożonego odwołania);
5. podmioty, które przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w imieniu administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające).
6. W związku z przetwarzaniem przez Administratora danych osobowych przysługuje Pani/Panu:
7. prawo dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 Rozporządzenia;
8. prawo do sprostowania danych, na podstawie art. 16 Rozporządzenia. (Uwaga: realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych oraz z zasadami wynikającymi z Kodeksu postępowania administracyjnego czy archiwizacji).
9. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych jeżeli Pani/Pan uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia.
10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem prowadzenia postępowania przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Powiecie Łódzkim Wschodnim.
11. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.