

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

Nr sprawydata.....

Imię i nazwisko dziecka

Nr PESEL dziecka

Nr aktu urodzenia dziecka.....

lub nr legitymacji szkolnej dziecka.....

Data i miejsce urodzenia dziecka

Adres stałego zameldowania dziecka

.....

Adres pobytu dziecka

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka

.....

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka

Adres stałego zameldowania przedstawiciela ustawowego dziecka

.....

Adres pobytu przedstawiciela ustawowego dziecka

.....telefon nr.....

Adres do korespondencji.....

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Kielcach

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów:

- zasiłku pielęgnacyjnego
- inne (jakie).....

Oświadczam, że:

1. dziecko pobiera / pobierało zasiłek pielęgnacyjny,
2. składano / nie składano uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności kiedy.....
z jakim skutkiem.....
3. dziecko może / nie może przybyć na badanie przedmiotowe (jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby),
4. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:

niezbędne
x

wskazane
x

zbędne
x

5. Dziecko uczęszcza do:

- żłobka

- przedszkola integracyjnego
- przedszkola specjalnego
- przedszkola ogólnodostępnego
- szkoły ogólnodostępnej z internatem
- szkoły integracyjnej
- oddziału integracyjnego
- szkoły specjalnej
- oddziału specjalnego
- szkoły specjalnej z internatem
- ośrodka szkolno-wychowawczego
- inne

5. Ubiegam się o:

(dotyczy dzieci posiadających już wcześniej wydane orzeczenie o niepełnosprawności)

- zmianę orzeczenia o niepełnosprawności z uwagi na zmianę stanu zdrowia dziecka
- ponowne wydanie orzeczenia o niepełnosprawności z uwagi na utratę ważności dotychczasowego orzeczenia

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 dołączyć kserokopie:

- *dokumentacji medycznej (oryginały do wglądu) dotyczącej stanu zdrowia: historie choroby, zaświadczenia, opinie lekarskie, karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań pomocniczych, wyniki testów i opinie psychologiczne, opisy zdjęć rtg, i in.*
- *poprzednich orzeczeń o niepełnosprawności*

UWAGA !

osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności wydane na czas określony może wystąpić z wnioskiem o wydanie orzeczenia o ponowne ustalenie niepełnosprawności nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą przy ul. Wrzosowej 44, 25-211 Kielce, nieobowiązkowych danych osobowych zawartych we wniosku i załączonych dokumentach, w celu:

- późniejszych kontaktów w przedmiotowej sprawie TAK NIE

Podpis:

Zgodnie z art. 13 RODO - Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016, str. 1) informuje się, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą przy ul. Wrzosowej 44, 25-211 Kielce, kontakt email: orzecznictwo@powiat.kielce.pl
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych osobowych, z którym można się kontaktować w sprawie swoich danych osobowych, kontakt email: iodo@powiat.kielce.pl
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 511 z późn. zm.), §6 pkt. 1 i 2 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (t. j. Dz. U. z 2015 r., poz. 1110 z późn. zm.), ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t. j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1257 z późn. zm.), na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO, w związku z art. 6 ust. 1 lit. a RODO (Państwa zgoda).
4. Dane osobowe przechowywane będą przez czas trwania uprawnienia oraz na czas wymagany przepisami ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.
5. Każda osoba posiada prawo do dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania - w ramach dopuszczonych przepisami prawa oraz prawo do przeniesienia danych.
6. Każda osoba posiada prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych, ale cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej wycofaniem.
7. W związku z przetwarzaniem każdy ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych
8. Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych zawartych w formularzu do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych
9. Dane osobowe zawarte w formularzu zostaną ujawnione jedynie organom upoważnionym do tego przepisami prawa
10. W oparciu o dane osobowe zawarte w formularzu administrator nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania
11. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa (za wyjątkiem danych, na które wyrażono zgodę).

Potwierdzam zapoznanie się z powyższym tekstem i zrozumienie przysługujących mi praw.

.....
podpis przedstawiciela ustawowego
dziecka

WŁAŚCIWE ZAKREŚLIĆ!