POWIATOWY ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W MALBORKU
82-200 Malbork, ul. Armii Krajowej 70, tel. 0 55 247 26 96; fax: 55 272 80 80
e-mail orzecznictwo1@poczta.onet.pl

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

Nr sprawy …… Malbork, dnia **……..**

Dane dotyczące dziecka:

Imię/ona i nazwisko …….

PESEL …….. Data urodzenia ……..

Miejsce urodzenia …….. Obywatelstwo …….

Dokument tożsamości i jego numer (paszport, DO lub inny, wpisać jaki) **.....**

Adres zamieszkania ……..

Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego dziecka:

Imię/ona i nazwisko …….

PESEL …….. Data urodzenia ……..

Miejsce urodzenia …….. Obywatelstwo …….

Dokument tożsamości i jego numer (paszport, DO lub inny, wpisać jaki) **.....**

Adres zamieszkania ……..

Nr telefonu ……...

Cel złożenia wniosku:

☐ zasiłek pielęgnacyjny

☐ świadczenie pielęgnacyjne

☐ uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej

☐ korzystanie z uprawnień na podstawie art. 8 ustawy z dnia 20.06.1997 r. prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2005 r. Nr 108, poz. 908)

☐ zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju

☐ uzyskanie urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze

☐ korzystanie z ul i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów

☐ inne (podać jakie?) ……..

……...

Dziecko uczęszcza:

- ☐ 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 dziecko:

Jest zaliczane do osób niepełnosprawnych: **tak/nie***

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNER ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB JEJ ZATAJENIE.

……
data i podpis opiekuna

DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:
1. Ważne *Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o niepełnosprawności w Malborku* /oryginał/.
2. Kserokopie dokumentacji medycznej potwierdzające chorobę zasadniczą, a w przypadku posiadania orzeczenia o niepełnosprawności dokumentacji medycznej potwierdzającej choroby, wydanej po dniu otrzymania ostatniego orzeczenia /*historia choroby, karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych, konsultacje specjalistyczne itp.*/.
3. Oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych.
4. Oświadczenie o miejscu pobytu stałego.
5. W przypadku posiadania orzeczenia o niepełnosprawności kserokopię tego orzeczenia.

W PRYZPADKU POSIADANIA ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI *WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI* MOŻNA ZŁOŻYĆ NIE WCZEŚNIEJ NIŻ 30 DNI PRZED UPŁYWEM TERMINU WAŻNOŚCI ORZECZENIA.

W PRZYPADKU POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA POŚWIADCZONEGO PRZEZ LEKARZA W *ZAŚWIADCZENIU LEKARSKIM O STANIE ZDROWIA DZIECKA WYDANYM DLA POTRZEB POWIATOWEGO ZESPOŁU DS. ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W MALBORKU* POWYŻSZY TERMIN SKŁADANIA WNIOSKU NIE OBOWIĄZUJE.

POWIATOWY ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W MALBORKU
82-200 Malbork, ul. Armii Krajowej 70, tel. 0 55 247 26 96; fax: 55 272 80 80
e-mail orzecznictwo1@poczta.onet.pl

…… ……
pieczątka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej — miejscowość i data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Malborku

Imię i nazwisko ……
Data urodzenia …….
Adres zamieszkania …….
PESEL dziecka ……
1. Rozpoznanie choroby zasadniczej **(rozpoznanie prosimy wpisać w j. polskim)**
……...
……...
……...
……...
2. Przebieg schorzenia podstawowego
……...
……...
……...
……...
3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące
……...
……...
……...
4. Rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja
……...
……...
……...
5. Używane leczenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie
……...
……...
……...
6. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia dziecka (w załączeniu)
……...
……...
7. U w/w dziecka **nastąpiło/ nie nastąpiło*** istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania dla celów orzeczniczych.
8. Czy dziecko może przybyć na posiedzenie składu orzekającego: **tak / nie** *
**niepotrzebne skreślić*

……
pieczątka i podpis
lekarza wystawiającego zaświadczenie

Oświadczam, że:
przyjmuję do wiadomości informację, iż z uwagi na obowiązek stosowania od dnia 25 maja 2018 r. 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) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1) (dalej: Rozporządzenie RODO), aktualne będą poniższe zasady związane z przetwarzaniem udostępnionych przeze mnie moich danych osobowych:
I. Administratorem danych jest **Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Malborku przy ul. Armia Krajowej 70, 82-200 Malbork**

II. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych jest możliwy za pomocą poczty elektronicznej pod adresem – iod@mainsoft.pl,
III. W/w administrator danych osobowych, zgodnie z art. 6 Rozporządzenia RODO przetwarza dane osobowe w przypadku, gdy spełniony jest co najmniej jeden z poniższych warunków:

- osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów;
- przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;
- przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze;
- przetwarzanie jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby fizycznej;
- przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi;
- przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora lub przez stronę trzecią, z wyjątkiem sytuacji, w których nadrzędny charakter wobec tych interesów mają interesy lub podstawowe prawa i wolności osoby, której dane dotyczą, wymagające ochrony danych osobowych, w szczególności gdy osoba, której dane dotyczą, jest dzieckiem.

IV. Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zapisów ustaw:

Art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. Nr 123 poz. 776 z późn. zmianami)

V. W związku z przetwarzaniem udostępnionych przez Pana/Panią danych osobowych przysługuje Pani/Panu:

1. prawo dostępu do swoich danych, na podstawie art. 15 Rozporządzenia RODO;
2. prawo do sprostowania swoich danych, na podstawie art. 16 Rozporządzenia RODO;
3. prawo do usunięcia swoich danych, na podstawie art. 17 Rozporządzenia RODO;
4. prawo do ograniczenia przetwarzania swoich danych, na podstawie art. 18 Rozporządzenia RODO;

5. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych na podstawie art. 21 Rozporządzenia RODO;
6. prawo do przenoszenia swoich danych, na podstawie art. 20 Rozporządzenia RODO.

VI. Dane osobowe mogą być przekazywane:

- upoważnionym z mocy prawa podmiotom;
- dostawcom systemów IT, z którymi współpracuje Administrator, w celu utrzymania ciągłości oraz poprawności działania systemów;
- podmiotom prowadzącym działalność pocztową lub kurierską, w celu dostarczenia korespondencji;
- podmiotom z którymi współpracuje Administrator w zakresie obsługi interesantów (m.in.: tłumacz przysięgły).

VII. W przypadkach, w których przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywa się na podstawie art.6 ust.1 lit. a Rozporządzenia RODO, tj. zgody na przetwarzanie danych osobowych przysługuje Pani/ Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie.

VIII. W przypadku uznania, że przetwarzanie przez w/w administratora Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

….....

Data . podpis

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)[1]

.....
(miejscowość, data)

.....
(nr PESEL)

OŚWIADCZENIE

o miejscu pobytu stałego

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. *o ewidencji ludności* (Dz. U. z 2017 r., poz. 657, z późn. zm.), zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że moim miejscem pobytu stałego/ miejscem pobytu stałego dziecka/ miejscem pobytu stałego osoby w imieniu której składam wniosek[2] jest:

……
(adres miejsca pobytu stałego)

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz. U. z 2017 r. poz. 2204 z późn. zm.) - *kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8* potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

.....
(podpis)

[1] Osoba, której dotyczy wniosek o wydanie orzeczenia.

[2] Niepotrzebne skreślić.