

Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
Wniosek: pierwszorazowy, kontynuacja, zmiana stanu zdrowia*

Nr sprawy:

Środa Śl.

Imię i nazwisko

Nr PESEL dziecka

Data i miejsce urodzenia dziecka

Adres zamieszkania dziecka

Numer aktu urodzenia dziecka/numer legitymacji szkolnej/ numer dowodu osobistego*

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka

Nr i seria dowodu osobistego przedstawiciela ustawowego dziecka

Nr telefonu

Do Powiatowego Zespołu do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności
w Środzie Śl.

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 zaświadczenia lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby);
4. w razie stwierdzenia 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

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych na zasadach określonym w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych w zbiorze danych osobowych prowadzonych przez Zespół.

Do wniosku należy dołączyć dokumentację medyczną:

np. karty informacyjne, opinie lekarzy specjalistów, opinia psychologiczna, wyniki testów, opisy badań RTG, USG i itp.

.....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

*niepotrzebne skreślić

INFORMACJA
o zakresie opieki i pielęgnacji sprawowanej nad dzieckiem
przez osobę ubiegającą się o zasiłek

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o zasiłek

Imię i nazwisko dziecka data ur.

I. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji:

1. dziecko jest leżące/porusza się samodzielnie/ o kulach/na wózku inwalidzkim/ z pomocą drugiej osoby*
2. przyjmuje pokarmy: samodzielnie/jest karmione przez drugą osobę/wymaga stosowania specjalnej diety* (jeżeli tak, to jakiej).....
3. rodzaj ograniczenia innych czynności (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych)
.....
.....
.....
4. rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia
.....
.....
.....
5. rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno – leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia/ tygodnia/miesiąca*
.....
.....
.....
6. częstotliwość wizyt lekarskich
w domu
poza domem

II. Sytuacja społeczna dziecka:

1. dziecko uczęszcza/nie uczęszcza* do przedszkola: ogólnodostępnego/integracyjnego/specjalnego* w wymiarze godzin dziennie/tygodniowo*
2. dziecko uczęszcza/nie uczęszcza* do szkoły ogólnodostępnej/integracyjnego/specjalnego* w wymiarze godzin dziennie/tygodniowo*
3. dziecko korzysta/nie korzysta z nauczania indywidualnego, w wymiarze godzin dziennie/tygodniowo*
4. dziecko korzysta/nie korzysta ze świetlicy szkolnej/stołówki*

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
data

.....
podpis osoby ubiegającej się o zasiłek

*niepotrzebne skreślić

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (w postaci: imię, nazwisko, numer i seria dowodu osobistego, adres zamieszkania, PESEL, data i miejsce urodzenia, informacje o stanie zdrowia i rodziny) oraz na administrowanie moimi danymi osobowymi zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Europy - w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu przez **Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania Osób Niepełnosprawnych**, ul. Kilińskiego 30b, 55-300 Środa Śląska, w celu realizacji zadań prowadzonych przez Powiatowe zespoły.

.....
podpis wnioskodawcy/ opiekunów prawnych

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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 (RODO), informujemy, iż:

- 1) administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Śląskiej, ul. Wrocławska 2, 55-300 Środa Śląska;
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem e-mail: rodo.hr.consulting@gmail.com lub adresem do korespondencji jest adres administratora;
- 3) celem przetwarzania danych jest realizacja obowiązków wynikających z przepisów prawa - art. 6 ust. 1 lit. c RODO;
- 4) Odbiorcami Państwa danych osobowych są podmioty przetwarzające dane osobowe na podstawie powierzenia przetwarzania danych przez ADO oraz inne podmioty upoważnione na podstawie obowiązujących przepisów prawa;
- 5) *dane udostępnione przez Państwa będą podlegały udostępnieniu podmiotom wykonującym na rzecz administratora zadań statutowych i mogą zostać udostępniane tylko organom upoważnionym na podstawie przepisów prawa;*
- 6) *Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.* Państwa dane osobowe nie są przekazywane poza EOG;
- 7) *Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa;*
- 8) przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy RODO. Organem nadzorczym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 9) Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu co do danych osobowych, których podanie jest dobrowolne, prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem. Oświadczenie o cofnięciu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga złożenia w formie pisemnej na adres ADO, lub elektronicznej na adres mailowy pcpr@powiat-sredzki.pl ;
- 10) Podanie przez Państwa danych osobowych jest wymogiem ustawowym;
- 11) *dane udostępnione przez Państwa nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.*

.....
podpis wnioskodawcy/ opiekunów prawnych

Miejscowość

Data

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**
(Uwaga! Zaświadczenie jest ważne 90 dni od daty wystawienia do dnia złożenia w Zespole)

Imię i nazwisko dziecko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....
.....
.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego

.....
.....
.....

3. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące

.....
.....
.....

4. Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

.....
.....
.....

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie

.....
.....
.....

6. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny zdrowia dziecka (w załączniku)

.....
.....
.....

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

