

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

(wypełnia przedstawiciel ustawowy dziecka DRUKOWANYMI LITERAMI)

Nr sprawy ZO.5214. .20

Chrzanów, data.....

Wniosek składam (zaznaczyć znakiem X):

- po raz pierwszy
- w związku ze zmianą stanu zdrowia proszę o zmianę orzeczenia z dnia.....
- w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia z dnia.....
- w celu ustalenia wskazania do karty parkingowej na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1i 2 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. *Prawo o Ruchu drogowym (Dz. U. Z 2012 r. poz. 1134, ze zm.)*
- inne.....

Imię i nazwisko dziecka:Nr PESEL dziecka:

Data urodzenia dziecka:Miejsce urodzenia dziecka:

Adres zameldowania stałego dziecka:

Adres pobytu dziecka (jeżeli jest inny niż zameldowania):

Nr dokumentu tożsamości dziecka (akt urodzenia, legitymacja szkolna, inne *).....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka:

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka:

Adres zameldowania stałego przedst. ustawowego dziecka:

Adres do korespondencji: Nr telefonu:.....

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Chrzanowie

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

- zasiłku pielęgnacyjnego,
- świadczenia pielęgnacyjnego,
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- korzystania z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych,
- korzystania z karty parkingowej,
- inne (jakie?)

CEL PODSTAWOWY:.....

Sytuacja społeczna dziecka:

I. zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

	samodzielnie	z pomocą	całkowita opieka	nie dotyczy (ze względu na wiek)
1. wykonywanie czynności samoobsługowych (higiena osobista, spożywanie posiłków, ubieranie się)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. poruszanie się w środowisku (sprawność ruchowa, przemieszczanie się)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. komunikowania się (rozumienie mowy, zdolność do słyszenia, widzenia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. uczestnictwo w życiu społecznym (nawiązywanie kontaktów w środowisku rodzinnym, rówieśniczym, przedszkolnym, szkolnym)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. obecny poziom kształcenia:

1. dziecko uczęszcza / nie uczęszcza do przedszkola (ogólnodostępnego/integracyjnego*)
2. dziecko uczęszcza / nie uczęszcza do szkoły (ogólnodostępnej/integracyjnej/specjalnej*)
3. dziecko posiada / nie posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego/ opinię o potrzebie wczesnego wspomagania/ orzeczenie o potrzebie indywidualnego nauczania*
4. dziecko korzysta / nie korzysta z nauczania indywidualnego (w wymiarze.....godzin dziennie/tygodniowo*)

*właściwe podkreślić

III. konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne (jakie?)

niezbędne wskazane zbędne

Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji:

1. przyjmowanie pokarmów:
samodzielnie / jest karmione przez drugą osobę / nie dotyczy ze względu na wiek / wymaga stosowania specjalnej diety (jakiej?).....
2. poruszanie się:
dziecko jest leżące / porusza się na: wózku inwalidzkim / o kulach / z pomocą osoby drugiej / samodzielnie / nie dotyczy ze względu na wiek dziecka*
3. rodzaj i liczba zabiegów pielęgnacyjnych / rehabilitacyjno-leczniczych wykonywanych w domu i poza domem:
.....
.....
.....
4. częstotliwość wizyt lekarskich w domu / poza domem*, w tygodniu / miesiącu*
.....

Oświadczam, że:

1. dziecko pobiera / pobierało / nie pobiera zasiłek pielęgnacyjny,
2. składano / nie składano uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności kiedy:....., orzeczenie ważne do:.....
3. dziecko może / nie może przybyć na badanie przedmiotowe (jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające brak możliwości wzięcia udziału w posiedzeniu z uwagi na długotrwałą lub nie rokującą poprawę choroby),
4. **w razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności uzupełnienia złożonego zaświadczenia o stanie zdrowia o dodatkowe badania, konsultacje specjalistyczne lub obserwacje szpitalne, jak również konieczności dojazdu na badania w Wojewódzkim Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności, jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**
5. zobowiązuję się do informowania Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Chrzanowie (zgodnie z art. 41 KPA) o zmianie adresu lub miejsca pobytu.

Zgodnie z art. 23 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, (Dz.U. z 1997 r. Nr 133 poz. 883) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich/osoby będącej pod moją opieką danych osobowych, polegające na ich zbieraniu, utrwalaniu, przechowywaniu i udostępnianiu.

Jednocześnie ja niżej podpisany/a pouczonej o odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań, składam oświadczenie, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

Niniejszy wniosek jest zwolniony z opłaty skarbowej zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 1b ustawy z dnia 16 listopada 2006 r. o opłacie skarbowej, (Dz.U. z 2006 r. Nr 225 poz. 1635 z późn. zm).

.....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

Osoba składająca wniosek winna bezwzględnie do wniosku dołączyć:

1. zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności (**UWAGA! Zaświadczenie jest aktualne przez 30 dni od daty wystawienia**),
2. kserokopie wszelkiej posiadanej dokumentacji medycznej potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności, np.: karty informacyjne ze szpitala, historia choroby, badania dodatkowe, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie,
3. posiadane orzeczenie o potrzebie wczesnego wspomaganie, orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, orzeczenie o potrzebie indywidualnego nauczania,
4. posiadane opinie logopedyczne, psychologiczne, pedagogiczne, szkolne, inne,
5. kserokopię prawomocnego orzeczenia o niepełnosprawności zespołu wojewódzkiego/powiatowego,
6. inne dokumenty (jakie?)

Dodatkowe informacje można uzyskać pod numerem telefonu 32 624-75-55

***właściwe podkreślić**

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość
Data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka

wydane dla potrzeb

Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Chrzanowie

Imię i nazwisko dziecka:

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Numer PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego:

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

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

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

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

.....

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia dziecka (w załączeniu):

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

- Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej dziecka?
Tak / Nie*
- Od kiedy dziecko posiada dokumentację medyczną? (rok)
- Od kiedy dziecko pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (rok)
.....
- W/w dziecko wymaga stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji Tak / Nie*
- W/w dziecko jest trwale niezdolne do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności z powodu długotrwałej i nierokującej choroby uniemożliwiającej stawiennictwo Tak / Nie*

Jeśli tak – proszę określić przyczyny niestawiennictwa.....
.....
.....
.....
.....

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

UWAGA! Niniejsze zaświadczenie traci ważność po upływie 30 dni od daty wystawienia.

* niepotrzebne skreślić

..... Chrzanów

Dane Wnioskodawcy:

Nazwisko Imię

Nr PESEL

nr telefonu komórkowego

adres e-mail.....

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenie 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) tzw. RODO wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Chrzanowie ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów, w celu:

orzekania o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności i wskazaniach do ulg i uprawnień, wydania legitymacji dla osoby niepełnosprawnej oraz karty parkingowej, jak również kontaktowania się telefonicznie i poczty elektronicznej informacji w związku z prowadzonym postępowaniem

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki, o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie.

Zostałem również poinformowany o tym, że dane zbierane są przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Chrzanowie ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Podstawa prawna:

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 roku tzw. RODO 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).