

# Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

Nr sprawy ..... Strzyżów, data .....

Imię i nazwisko dziecka .....

Data i miejsce urodzenia dziecka .....

Nr PESEL dziecka .....

Nr i seria dowodu tożsamości dziecka .....

Adres zameldowania dziecka .....

Adres pobytu dziecka .....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka .....

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka .....

PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka .....

Adres do korespondencji .....

Nr telefonu: .....

## Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Strzyżowie

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

1. Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
2. Uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego,
3. Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
4. Uzyskania urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
5. spełniania przez osobę przesłanek określonych w art. 8 ust. 3a pkt 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2017 r. poz. 1260, z późn. zm.)
6. Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów (wymienić jakich)

Cel podstawowy .....

### Oświadczam, że:

1. dziecko pobiera/pobierało zasiłek pielęgnacyjny,
2. składano/nie składano uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności  
kiedy .....  
z jakim skutkiem .....  
– czy odwołano się od poprzedniego orzeczenia tak/nie  
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. 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.

## Uzasadnienie wniosku:

1. Ilość osób w rodzinie .....
2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:
  - a) wykonywanie czynności samoobsługowych samodzielnie/ z pomocą.....
  - b) poruszanie się samodzielnie/ z pomocą.....
  - c) komunikowanie się całkowite /ograniczone.....
3. korzystanie ze sprzętu ortopedycznego ( podać rodzaj ) .....
4. dziecko uczęszcza do : żłobka / przedszkola / szkoły (podać klasę i rodzaj placówki: ogólnodostępna/integracyjna/specjalna ) .....

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia składane wraz z wnioskiem jest ważne przez 30 dni od dnia wypełnienia przez lekarza!**

Do wniosku należy dołączyć **kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałami** dokumentacji medycznej dziecka (kartoteki, karty szpitalne, wyniki istotnych badań itp), lub kserokopie i oryginały do wglądu celem potwierdzenia za zgodność.

**Do wniosku należy dołączyć kserokopie konsultacji lekarzy specjalistów w leczeniu których dziecko pozostaje oraz (w przypadku składania o ponowne ustalenie niepełnosprawności) poprzednie orzeczenie o niepełnosprawności, a także w przypadku dzieci uczących się - opinię wychowawcy klasy na temat funkcjonowania w szkole.**

**KLAUZULA INFORMACYJNA**  
**OBOWIĄZUJĄCA W POWIATOWYM CENTRUM POMOCY RODZINIE W STRYŻÓWIE**  
**POWIATOWYM ZESPOLE DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W STRYŻÓWIE**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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 (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.5.2016r.), informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Strzyżowie - Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Strzyżowie, mające swoją siedzibę przy ul. Parkowa 4, 38-100 Strzyżów (Nr telefonu kontaktowego - tel./fax (17) 276 5034, adres poczty elektronicznej email: pcpr@strzyzow.un.pl. Inspektor Ochrony Danych - iod@pcprstrzyzow.pl;);
2. Pozyskane dane osobowe przetwarzane będą na podstawie przepisów prawa wynikającego z art. 6 ust.1 lit c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO – (tj. wydawania orzeczeń o niepełnosprawności - na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz przepisów wykonawczych do ww. ustawy);
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (tj. realizacji zadań wynikających z zakresu działalności instytucji);
4. Podanie danych osobowych do spełnienia w/w celu jest wymagane, ponieważ wynika z przepisów prawa, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wszczęcia postępowania administracyjnego i realizacji ustawowych zadań ciążących na administratorze;
5. Pani/Pana dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, wynikające z przepisów prawa zawartych w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt obowiązującym w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Strzyżowie, przez okres wymagany w związku z kategorią archiwalną. Ponadto okres przechowywania może się wydłużyć np. z uwagi na sytuację dochodzenia roszczeń;
6. Administrator może przekazać Pani/Pana dane innym odbiorcom. Odbiorcą danych mogą być podmioty uzyskujące dostęp do Pani/Pana danych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa;
7. Administrator nie przekazuje Pani/Pana danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych w rozumieniu RODO;
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, przenoszenia i usunięcia, a także prawo do ograniczenia przetwarzania danych lub do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, jeżeli nie jest to ograniczone poprzez inne przepisy prawne;
9. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj. *Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych*), gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r;
10. W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

**Podanie przez Panią/Pana swoich danych osobowych jest dobrowolne, jednakże w przypadku nie udzielenia zgody na ich przetwarzanie nie będzie mogła/mógł Pani/Pan realizować swoich praw wynikających z trybu postępowania przy wydawaniu orzeczeń o niepełnosprawności.**

**Oświadczam, że zrozumiałem wszystkie informacje wyżej podane i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w treści niniejszego wniosku oraz w zakresie niezbędnych potrzeb wynikających z trybu postępowania przy wydawaniu orzeczeń o niepełnosprawności.**

.....  
/ podpis osoby zainteresowanej/  
/lub jej przedstawiciela ustawowego/