Numer sprawy ...., dnia ..... r.
(miejscowość) (data)

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DO POWIATOWEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W WOŁOMINIE

Wniosek składam (właściwe zaznaczyć krzyżykiem):

☐ Po raz pierwszy

☐ W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia **(nie wcześniej niż na 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia)** (§ 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności - Dz. U. z 2018 r., poz. 2027, ze zm.)

☐ W związku ze zmianą stanu zdrowia (§ 15 ust. 2 ww. rozporządzenia)

☐ Składałem wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dziecka – nie zaliczenie do osób niepełnosprawnych

☐ W celu ustalenia czy istnieją znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się

Dane dziecka:

Imię i nazwisko dziecka .....

Data i miejsce urodzenia dziecka .....

PESEL dziecka [__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__]

Nr aktu urodzenia/dowodu osobistego/paszportu* dziecka .....

Adres zameldowania dziecka .....

Dane przedstawiciela ustawowego:

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Nr i seria dowodu osobistego ..... PESEL [__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[__]

Adres zameldowania .....

Adres do korespondencji .....

Telefon kontaktowy [__[__[__[__[__[__[__[__[__[__] adres e-mail.....

ZWRACAM SIĘ Z UPRZEJMĄ PROŚBĄ O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA CELÓW (właściwe zaznaczyć):

☐ zasiłku pielęgnacyjnego,

☐ korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 2 - Prawo o ruchu drogowym, ze względu na znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się,

☐ inne (jakie?) .....

OŚWIADCZAM, ŻE:

1. Dziecko nie pobiera/pobiera/pobierało* zasiłek pielęgnacyjny do dnia .....
2. Składano/nie składano* uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, kiedy? .....
   z jakim skutkiem? .....
3. Dziecko może/nie może* przybyć na posiedzenie składu orzekającego,
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, **jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**
5. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o niepełnosprawności, przewodniczący Zespołu zawiadamia na piśmie o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
6. **Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu pobytu do momentu zakończenia postępowania w sprawie**
   Art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego
   § 1. W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swego adresu.
   § 2. W razie zaniedbania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.
7. **Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy**
   Art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny
   § 1. 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 do lat 3.
   § 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

8. **Wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia niepełnosprawności jest autentyczna i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów**

Art. 270 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny

§ 1. Kto, w celu użycia za autentyczny, podrabia lub przerabia dokument lub takiego dokumentu jako autentycznego używa, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Tej samej karze podlega, kto wypełnia blankiet, zaopatrzony cudzym podpisem, niezgodnie z wolą podpisanego i na jego szkodę albo takiego dokumentu używa.

INFORMACJA O ZAKRESIE OPIEKI I PIELĘGNACJI SPRAWOWANEJ NAD DZIECKIEM PRZEZ OSOBĘ UBIEGAJĄCĄ SIĘ O ZASIŁEK PIELĘGNACYJNY

I. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji

1. dziecko jest leżące/porusza się samodzielnie/porusza się o kulach/na wózku inwalidzkim/z pomocą drugiej osoby*
2. przyjmuje pokarmy samodzielnie / jest karmione przez drugą osobę / wymaga stosowania diety (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, w tygodniu, w miesiącu .....
   .....

II. Sytuacja społeczna dziecka

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

***właściwe zaznaczyć**

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem

.....

czytelny podpis przedstawiciela
ustawowego dziecka

UWAGA: Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności należy złożyć:

- ✓ Czytelnie podpisany przez przedstawiciela ustawowego dziecka oryginał powyższego wniosku **(dokładnie wypełnić każdą rubrykę)**,
- ✓ Oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia dziecka wydanego dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności **(dokument jest ważny przez 30 dni od daty wystawienia przez lekarza)**,
- ✓ Kserokopie, **poświadczone za zgodność z oryginałem,** wszelkiej dokumentacji, potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności dziecka, np.: karty informacyjne z leczenia szpitalnego, historia choroby, badania specjalistyczne, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie,
- ✓ Kserokopie poprzednich orzeczeń (jeśli były),
- ✓ Kserokopię ważnego dokumentu tożsamości dziecka (legitymacji szkolnej, paszportu, dowodu osobistego lub skróconego aktu urodzenia z poświadczeniem nr PESEL).

....

stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej — miejscowość i data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

WAŻNE!

1. **Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia <u>ważne jest 30 dni</u> od dnia wystawienia przez lekarza**
2. **Zaświadczenie <u>w całości musi być wypełnione przez lekarza</u> – włącznie z datą i danymi osobowymi pacjenta**

orzeczenie pierwszorazowe /orzeczenie powtórne*

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Nr i seria legitymacji szkolnej ..... PESEL .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby

.....

.....

.....

.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

.....

.....

.....

.....

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium

.....

.....

.....

5. Ocena wyników leczenia, rokowania, (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

.....

.....

.....

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

.....

.....

7. Wykaz dokonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)

.....

.....

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

.....

.....

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (data)

.....

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data) .....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta
TAK / NIE*

W/w dziecko wymaga / nie wymaga* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w dziecko jest trwale niezdolne do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności:

- NIE

- TAK* (uzasadnienie) .....

.....

U w/w dziecka nastąpiło / nie nastąpiło* istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania dla celów orzeczniczych.

.....
stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić

Klauzula informacyjna

W związku z realizacją wymogów 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 „**RODO**"), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych.

- **Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Przewodniczący Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności, którego siedzibą jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Wołominie, ul. Prądzyńskiego 1, 05-200 Wołomin.**
- Podanie danych jest niezbędne w celu ubiegania się o wydanie ***orzeczenia o niepełnosprawności.***
- Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem wynikającym z przepisów ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa, a także podmioty, którym na podstawie zawartej umowy powierzono przetwarzanie danych osobowych;
- Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 50 lat od końca roku, w którym zakończono postępowanie prowadzone przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności. Kserokopia złożonej dokumentacji, która nie jest poświadczona za zgodność z oryginałem nie podlega ww. okresowi przechowywania i może być w każdym czasie zniszczona.
- Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz uzyskania kopii danych;
- Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania;
- Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Wołominie wyznaczył Inspektora Ochrony danych, z którym można się skontaktować pod adresem e-mail: sekretariat@pcprwolomin.pl
- **Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych Pana/Pani dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.**

Oświadczenie osoby o zapoznaniu się z treścią klauzuli informacyjnej

Ja niżej podpisany/(-a) ..... oświadczam, że zapoznałem/(-am) się z treścią powyższej klauzuli informacyjnej.

.....
podpis osoby składającej oświadczenie

Kluczyki i dokumenty

W związku z tym [illegible] Zarządu [illegible] zabezpieczenia [illegible] 1 Pkt 1 lit. a [illegible] Ustawy z dnia 20 [illegible] o ochronie [illegible] w związku z [illegible] 2 [illegible] 2016 r. [illegible] ogłosił [illegible] zbiórki [illegible] „ROBOT", informuje o [illegible] dla osób [illegible] Pawła [illegible] Kowalczyk.

- **Administratorem** danych osobowych jest Przedsiębiorstwo Wodociągowo-Kanalizacyjne Zarządu Gminy **Orzechowice** z Wojewódzkiego Szpitala Wojewódzkiego Nr 1 im. Tadeusza Kościuszki w Orzechowicach, ul. Kościuszki 1, 45-100 Orzechowice.
- Dane osobowe [illegible] w celu [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]
- Podanie [illegible] Zarządu Gminy [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]

.....

(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 2019 r. poz 1397, 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 2020 r. poz. 1444, 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.

Wołomin, dn. .....

.....

imię i nazwisko

.....

dotyczy

.....

adres zameldowania

.....

PESEL

OŚWIADCZENIE

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, wynikającego z art.233 § 6 kodeksu karnego – oświadczam, iż na terenie powiatu wołomińskiego przebywam powyżej dwóch miesięcy/od .....
Pod adresem .....

.....

z powodów **(zaznacz właściwe)**:

- o bezdomności;
- o rodzinnych;
- o zdrowotnych;
- o pobytu w zakładzie karnym/poprawczym;
- o pobytu w domu pomocy społecznej/ośrodku wsparcia

W związku z powyższym proszę o przyjęcie mojego wniosku na komisję w tutejszym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności.

.....

podpis osoby składającej oświadczenie

Właściwość miejscową zespołu orzekającego o niepełnosprawności ustala się według miejsca pobytu w przypadku osób:
1) bezdomnych;
2) przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych;
3) przebywających w zakładach karnych i poprawczych;
4) przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

Art. 6 ust. 3 Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2020 r. poz. 426z późn. zm.).

Upoważnienie

Ja, niżej podpisana/y .....
(imię i nazwisko)

PESEL .....

Zamieszkała/y .....

Upoważniam Panią/Pana.....
(imię i nazwisko)

.....
(nr tel. kontaktowego)

Legitymującą/ego się dowodem osobistym .....
(seria, numer)

Zaznacz właściwe

- ☐ do odbioru orzeczenia o niepełnosprawności (stopniu niepełnosprawności)
- ☐ do otrzymania informacji dot. postępowania o wydanie w/w orzeczenia
- ☐ inny zakres (wpisać jaki).....

.....
(data i czytelny podpis osoby udzielającej upoważnienia)

Osoba upoważniona zobowiązana jest posiadać ze sobą dokument potwierdzający tożsamość.

Upoważnienie

Ja, niżej podpisana/y .....
(imię i nazwisko)

PESEL .....

Zamieszkała/y .....

Upoważniam Panią/Pana.....
(imię i nazwisko)

.....
(nr tel. kontaktowego)

Legitymującą/ego się dowodem osobistym .....
(seria, numer)

Zaznacz właściwe

- ☐ do odbioru orzeczenia o niepełnosprawności (stopniu niepełnosprawności)
- ☐ do otrzymania informacji dot. postępowania o wydanie w/w orzeczenia
- ☐ inny zakres (wpisać jaki).....

.....
(data i czytelny podpis osoby udzielającej upoważnienia)

Osoba upoważniona zobowiązana jest posiadać ze sobą dokument potwierdzający tożsamość.

Upoważnienie

Ja, niżej podpisany/a ..... (imię i nazwisko)

PESEL .....

Zamieszkały/a .....

Upoważniam Panią/Pana ..... (imię i nazwisko)

..... (ulica, numer domu, kod pocztowy, miejscowość)

Legitymującego/ą się dowodem osobistym ..... (seria, numer)

Zakres upoważnienia:

- do odbioru orzeczenia o niepełnosprawności (napisz nieprzetłumaczone)
- do otrzymania informacji dot. posiadanego o mnie/dziecku w/w orzeczenia
- inny zakres (wpisać jaki) .....

.....

(data i czytelny podpis osoby udzielającej upoważnienia)

Oświadczam, że jestem osobą dorosłą i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

Upoważnienie

Ja, niżej podpisany/a .....

(imię i nazwisko)

PESEL .....

Zamieszkały/a .....

Upoważniam Panią/Pana ..... (imię i nazwisko)

..... (ulica, numer domu, kod pocztowy, miejscowość)

Legitymującego/ą się dowodem osobistym ..... (seria, numer)

Zakres upoważnienia:

- do odbioru orzeczenia o niepełnosprawności (napisz nieprzetłumaczone)
- do otrzymania informacji dot. posiadanego o mnie/dziecku w/w orzeczenia
- inny zakres (wpisać jaki) .....

.....

(data i czytelny podpis osoby udzielającej upoważnienia)

Oświadczam, że jestem osobą dorosłą i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.