

Nr sprawy: PCPR-PZO.70.....20

....., data.....2020r.  
(miejscowość)

Do Powiatowego Zespołu do Spraw  
Orzekania o Niepełnosprawności  
w Dąbrowie Tarnowskiej  
33-200 Dąbrowa Tarnowska, ul. Szpitalna 1

## Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

Imię i nazwisko dziecka .....  
Data i miejsca urodzenia.....  
Nr PESEL.....  
Adres zamieszkania .....kod.....

### DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO:

Imię i nazwisko.....  
Nr i seria dowodu osobistego.....  
Nr PESEL.....  
Adres zamieszkania.....  
Numer telefonu.....

### Wniosek składam:

- 1) Po raz pierwszy\*
- 2) W celu kontynuacji orzeczenia o stopniu niepełnosprawności\*
- 3) W związku z pogorszeniem stanu zdrowia – posiadam aktualne orzeczenie wydane przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności\*
- 4) W celu uchylenia posiadanego orzeczenia w związku z ubieganiem się o .....  
Jednocześnie jestem świadomy/a, iż ponowna ocena stanu zdrowia, może skutkować innym niż dotychczas posiadany stopień niepełnosprawności\*

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

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

- zasiłku pielęgnacyjnego
- świadczenia pielęgnacyjnego
- zamieszkania w oddzielnym pokoju
- karty parkingowej
- inne (jakie?) .....

Oświadczam, że:

1. dziecko pobiera/ pobierało zasiłek pielęgnacyjny: do kiedy.....

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 zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby**),

4. **dziecko uczęszcza do** (\* właściwe podkreślić):

- żłobka
- przedszkola ogólnodostępnego
- przedszkola integracyjnego
- przedszkola specjalnego
- szkoły ogólnodostępnej
- szkoły ogólnodostępnej z internatem
- szkoły integracyjnej
- szkoły specjalnej
- oddziału specjalnego
- szkoły specjalnej z internatem
- ośrodka szkolno-wychowawczego
- 

5. **Sytuacja społeczna dziecka:** (\* właściwe podkreślić)

a) dziecko wymaga korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji:  
TAK/NIE

b) wykonywanie czynności samoobsługowych: (\* właściwe podkreślić) samodzielnie z pomocą opieka

c) poruszanie się w środowisku: (\* właściwe podkreślić) samodzielnie z pomocą opieka

d) stan rodzinny;.....osób

6. 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 społecznego, jestem świadomy wymogu ponoszenia kosztów we własnym zakresie

7. W razie, gdy dokumentacja medyczna jest niewystarczająca do pełnej oceny stanu zdrowia jestem świadomy wymogu skierowania mojego dziecka na badania specjalistyczne do Krakowa zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2007r. w sprawie wykonywania badań specjalistycznych na potrzeby orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz.U. Nr 250, poz.1875).

8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w postępowaniu, dotyczącym wydania orzeczenia o niepełnosprawności, w ramach prowadzonego postępowania.

9. Zgodnie z art. 13 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 (dalej: RODO), zostałem poinformowany, iż: *Administratorem moich danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności, ul. Szpitalna 1, 33-200 Dąbrowa Tarnowska.*

Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - [iod@pcprdt.pl](mailto:iod@pcprdt.pl). Przetwarzanie moich danych osobowych odbywać się będzie wyłącznie w celu rozpatrzenia wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności. Przetwarzanie moich danych osobowych odbywać się będzie na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust 2 lit b i h RODO oraz art. 35a ust 1 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018r., poz. 511 z późn. zm.) wraz z aktami wykonawczymi. Odbiorcami moich danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa. Moje dane osobowe przechowywane będą przez okres wynikający z przepisów archiwalnych. Posiadam prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, chyba, że przepisy odrębne stanowią inaczej lub ich dalsze przetwarzanie, będące wynikiem złożonego wcześniej wniosku lub rozpoczęcia prowadzenia sprawy jest niezbędne z uwagi na przepisy szczegółowe. Mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem jest obligatoryjne i jest warunkiem koniecznym do rozpatrzenia sprawy. Szczegółowe informacje na temat przetwarzania danych znajdują się w klauzuli informacyjnej dostępnej na stronie [www.pcprdt.pl](http://www.pcprdt.pl), w Biuletynie Informacji Publicznej oraz na tablicach ogłoszeniowych PZOoN w Dąbrowie Tarnowskiej.

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

**Zobowiązuję się do informowania Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Dąbrowie Tarnowskiej o zmianie adresu lub miejsca pobytu (zgodnie z art.41Kpa).**

Do wniosku załączam posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą stanu zdrowia dziecka.

\* właściwe podkreślić

.....  
**podpis przedstawiciela ustawowego dziecka**

**Załączniki do wniosku:**

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....
- 8.....
- 9.....
- 10.....
- 11.....
- 12.....
- 13.....
- 14.....
- 15.....
- 16.....
- 17.....
- 18.....
- 19.....
- 20.....

.....  
data i podpis wnioskodawcy

**Do wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności (nr 1) przedstawiciel ustawowy dziecka ma obowiązek dołączyć zaświadczenie lekarskie - ważne jeden miesiąc od dnia wydania przez lekarza (nr 2) zawierające opis stanu zdrowia, rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących potwierdzone dokumentacją medyczną, np. ksero: wyników badań, kart informacyjnych, historii choroby, zaświadczeń lekarskich potwierdzonych za zgodność z oryginałem (lub okazać oryginały do wglądu), posiadane zdjęcia RTG a także orzeczenia ZUS oraz ostatnie orzeczenie wydane przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności, jeśli takie posiada.**

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

Imię i nazwiska dziecka .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....  
.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz 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 wykonanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych , innej dokumentacji medycznej istotnej dla stanu zdrowia dziecka ( w załączeniu)

.....  
.....

pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

**Zaświadczenie Lekarskie jest miesiąc ważne od daty wystawienia!**

