

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

Nr sprawy PZON....., data.....

Imię/imiona i nazwisko dziecka:

Nr PESEL dziecka:

Seria i Nr dokumentu tożsamości oraz jego rodzaj (*dowód osobisty, legitymacja szkolna, paszport, odpis skrócony aktu urodzenia*)

Data i miejsce urodzenia dziecka:

Obywatelstwo.....

Adres zamieszkania dziecka:

Adres pobytu dziecka.....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka:

Data i miejsce urodzenia przedstawiciela ustawowego.....

Obywatelstwo.....

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka:

Nr i seria dowodu osobistego przedstawiciela ustawowego dziecka:

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka:

.....tel.

Adres do korespondencji.....

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Nisku

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

- zasiłku pielęgnacyjnego,
- świadczenia pielęgnacyjnego,
- uzyskanie Karty Parkingowej
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,
- uzyskanie przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- inne (jakie?)

Oświadczam, że :

1. dziecko 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 badanie przedmiotowe (jeśli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby)
4. dziecko uczęszcza do.....(np. żłobek, przedszkole, szkoła podstawowa)

Sytuacja społeczna i rodzinna dziecka

Warunki mieszkaniowe:

Liczba osób zamieszkujących wspólnie:

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:*

	samodzielnie	z pomocą	pod opieką
Wykonywanie czynności samoobsługowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poruszanie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego: * nie tak, jeśli tak, wymienić

5. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o niepełnosprawności, przewodniczący powiatowego zespołu zawiadamia na piśmie przedstawiciela ustawowego dziecka 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 do momentu zakończenia postępowania w sprawie (art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego).

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

Załączniki

1. Oryginał zaświadczenia lekarskiego zawierające opis stanu zdrowia, wydane nie wcześniej, niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku przez lekarza, pod którego opieką lekarską znajduje się dziecko
2. Kserokopie dokumentacji medycznej, tj. karty informacyjne ze szpitala, wyniki opisowe badań RTG, KT, USG, RM, zaświadczenia od lekarzy specjalistów, konsultacje oraz inne dokumenty medyczne (**potwierdzone za zgodność z oryginałem**)
3. Kserokopię posiadanego orzeczenia o niepełnosprawności.
4. Inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności (wymienić):
.....
.....
.....

Wniosek składam:

- Po raz pierwszy
- W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia
- W związku ze zmianą stanu zdrowia

.....
(czytelny podpis przedstawiciela
ustawowego dziecka)

* niepotrzebne skreślić

Spis
dokumentów medycznych załączonych do wniosku
(ułożyć według daty sporządzenia)

L.p.	Nazwa dokumentu medycznego	Data sporządzenia

....., dnia
(Miejscowość)

.....
(podpis osoby zainteresowanej)

Nie przyjmujemy oryginałów dokumentów medycznych
wyłącznie kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem. Kserokopię potwierdza placówka służby zdrowia lub pracownik zespołu **po okazaniu oryginału dokumentu medycznego.**

KLAUZULA INFORMACYJNA

Obsługa spraw związanych z wydawaniem orzeczeń o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności, orzeczeń o wskazaniach do ulg i uprawnień

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nisku z siedzibą w Nisku pod adresem 37-400 Nisko, ul. Kościuszki 7, tel/fax. 15 8416368, e-mail: poczta@pcpr-nisko.pl.

2. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest Andrzej Kołodziej z którym można skontaktować się pod numerem telefonu 15 8416368 oraz e-mail: poczta@pcpr-nisko.pl.

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w następującym celu:

wydanie orzeczenia

Na podstawie:

Art. 4. ust. 1, pkt 5 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 o samorządzie powiatowym, Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych

4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być:

Wojewódzki Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności

5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej.

6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu usunięcia zgodnie z kategorią archiwalną tj.:

Zgodnie z kategorią archiwalną

7. Posiada Pani/Pan prawo:

- a) dostępu do treści swoich danych,
- b) prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania,
- c) prawo do przenoszenia danych,
- d) prawo wniesienia sprzeciwu.

8. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, 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.

9. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obligatoryjne, a ich zakres został określony w ustawie Kodeks postępowania administracyjnego oraz w przepisach szczegółowych, konsekwencją niepodania tych danych będzie pozostawienie podania bez rozpoznania.

10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

UWAGA!

Należy wypełnić **czytelnie wszystkie** pola druku pod rygorem nie rozpatrzenia wniosku

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
(miejscowość i data)

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
(wypełnia tylko jeden lekarz)
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Nisku

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Nr i seria dowodu osobistego:

PESEL :

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja-rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium :

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

3. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące :

.....
.....

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy, dalsze leczenie i rehabilitacja :

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

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

.....
.....

6. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych (w załączeniu) :

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

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia :

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

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

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

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

.....

W/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji. TAK / NIE *

W/w Pan/i jest trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności . TAK / NIE *

.....
(stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie)

* niepotrzebne skreślić

Zaświadczenie ważne jest jeden miesiąc od dnia jego wystawienia.