

Wniosek  
o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności  
(dotyczy osób poniżej 16 roku życia)

Nr sprawy:

miejsowość.....  
data.....

Do Powiatowego Zespołu  
ds. Orzekania o Niepełnosprawności  
w Radziejowie

Uwaga! Pola w rubrykach należy wypełnić czytelnie, piśmem drukowanym, dużymi literami

DANE OSOBOWE DZIECKA:

NAZWISKO																				
IMIĘ 1																				
IMIĘ 2																				
PESEL																				
DATA URODZENIA																				
MIEJSCE URODZENIA																				
OBYWATELSTWO																				

ADRES ZAMELDOWANIA DZIECKA:

MIEJSKOŚĆ																				
ULICA, NR DOMU, LOKALU																				
KOD POCZTOWY																				
POCZTA																				

ADRES POBYTU DZIECKA (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania)

MIEJSKOŚĆ																				
ULICA, NR DOMU, LOKALU																				
KOD POCZTOWY																				
POCZTA																				

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO:

NAZWISKO																				
IMIĘ 1																				
IMIĘ 2																				
PESEL																				
SERIA I NR DOK. TOŻSAMOŚCI																				
RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI																				

1. dowód osobisty
2. paszport

ADRES ZAMELDOWANIA/POBYTU PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Jest taki sam jak adres dziecka

tak \*

nie\*

wypełnić w przypadku kiedy adres zameldowania przedstawiciela ustawowego jest inny niż dziecka

MIEJSKOŚĆ																				
ULICA, NR DOMU, LOKALU																				
KOD POCZTOWY																				
POCZTA																				
TELEFON KONTAKTOWY																				

ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA CELÓW:

X Znaczyć

1	Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego	
2	Uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego	
3	Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju	
4	Uzyskania przez opiekuna, urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze	
5	Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów	
6	Inne (wymienić jakie)	

Najważniejszy cel złożenia wniosku- pkt ...../wpisać jeden z w/w pkt

Czy dziecko było zaliczone do osób niepełnosprawnych?

tak \*

nie\*

Nr posiadanego orzeczenia i termin jego ważności.....

1. ponownego orzeczenia\*

2. zmiany stanu zdrowia\*

Informacja  
o zakresie opieki i pielęgnacji sprawowanej nad dzieckiem  
przez opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego

I. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji:

1. dziecko jest leżące\*, porusza się samodzielnie\*, o kulach\*, na wózku inwalidzkim\*, z pomocą drugiej osoby;
2. przyjmuje pokarmy samodzielnie\*, jest karmione przez drugą osobę\*, wymaga stosowania specjalnej 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 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 tygodniowo;

3. korzysta\*, nie korzysta\* ze świetlicy szkolnej\*, stołówki szkolnej\*

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 społecznego, jestem świadomy wymogu ponoszenia kosztów we własnym zakresie.

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I PRAWNYM ORAZ JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE LUB ZATAJENIE PRAWDY. OŚWIADCZAM, ŻE WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE PODANYCH PRZEZE MNIE MOICH DANYCH OSOBOWYCH NA ZASADACH OKREŚLONYCH W USTAWIE Z DNIA z 10 maja 2018 r. o ochronie danych W ZBIORZE DANYCH OSOBOWYCH PROWADZONYCH PRZEZ ZESPÓŁ.

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

- Oryginał wniosku i informacji o zakresie opieki (**dokładnie wypełnić każdą rubrykę**),
- Oryginał zaświadczenia lekarskiego (**ważne 30 dni od daty wystawienia przez lekarza**),
- Składając wniosek należy okazać **dokument potwierdzający tożsamość** osoby zainteresowanej, wymieniony we wniosku,
- Do wniosku dołącza się **dokumentację medyczną** i inne dokumenty medyczne (**przyjmujemy wyłącznie kserokopie tych dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem lub kopie po okazaniu oryginału**)

.....  
(podpis osoby zainteresowanej)

\*właściwe zaznaczyć

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość .....  
Data .....

zaświadczenie lekarskie wydane nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia  
wniosku o wydanie  
orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia  
wydane dla potrzeb  
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności  
(dotyczy osób **poniżej** 16-go roku życia)

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Numer ewidencyjny PESEL .....

7. *Rozpoznanie choroby zasadniczej:*

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

2. *Dotychczasowy przebieg schorzenia podstawowego, aktualne leczenie farmakologiczne i inne:*

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

3. *Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:*

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

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

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

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

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

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych potwierdzających rozpoznanie i załączonych do zaświadczenia:

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

7. Istotne odchylenia wyników badań dodatkowych (w załączeniu):

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

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

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

1. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej dziecka?

TAK

NIE

2. Od kiedy dziecko pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (rok) .....

3. Od kiedy dziecko posiada dokumentację medyczną? (rok) .....

4. Czy dziecko ze względu na stan zdrowia wymaga opieki drugiej osoby ?

TAK

częściowej / stałej / okresowej \*

NIE

5 Dziecko do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego o niepełnosprawności jest\*:

- **Zdolne**

- **Trwale niezdolne** do odbycia podróży z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo-*należy uzasadnić powyższy stan*

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

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

\*niepotrzebne skreślić

.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)<sup>1</sup>

.....  
(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 2017 r., poz. 657, 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<sup>2</sup> 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 2017 r., poz. 2204 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 do lat 3* potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

.....  
(podpis)

<sup>1</sup> Osoba, której dotyczy wniosek o wydanie orzeczenia.

<sup>2</sup> Niepotrzebne skreślić.

## KLAUZULA INFORMACYJNA

- a) Obsługa wniosków o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, o wskazaniach do ulg i uprawnień, \*
- b) Obsługa wniosków o wydanie legitymacji dokumentującej niepełnosprawność lub stopień niepełnosprawności. \*
- c) obsługa wniosków o wydanie karty parkingowej. \*

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 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 (Dz.Urz. UE L 119 z 4 maja 2016 r., str. 1 oraz Dz.Urz. UE L 127 z 23 maja 2018 r., str. 2) – zwanego dalej jako RODO informujemy, że:

Administratorem danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności reprezentowany przez Przewodniczącego PZON. Możesz się z nim kontaktować w następujący sposób:

- listownie na adres siedziby: Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Radziejowie, ul. Szpitalna 3, 88-200 Radziejów,
- e-mailowo: [psonradziejow@neostrada.pl](mailto:psonradziejow@neostrada.pl),
- telefonicznie: 54 285 56 50.

Do kontaktów w sprawie ochrony Twoich danych osobowych został także powołany inspektor ochrony danych, z którym możesz się kontaktować wysyłając e-mail na adres [iod2@radziejow.pl](mailto:iod2@radziejow.pl).

1. Twoje dane osobowe przetwarzane będą na podstawie:
  - 1) art. 6 ust. 1 lit c i art. 9 ust. 2 lit. b RODO w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz ustawą z dnia 20 czerwca 1997 r. prawo o ruchu drogowym, w celu realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze tj:
    - wydania orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, o wskazaniach do ulg i uprawnień;
    - wydania legitymacji dokumentującej niepełnosprawność lub stopień niepełnosprawności;
    - wydania karty parkingowej;
  - 2) art. 6 ust. 1 lit. a na podstawie Twojej zgody. Zgoda jest wymagana, gdy uprawnienie do przetwarzania danych osobowych nie wynika wprost z przepisów prawa, np. podanie nr telefonu, adresu e-mail.
2. Twoje dane osobowe możemy ujawniać, przekazywać i udostępniać wyłącznie podmiotom uprawnionym na podstawie obowiązujących przepisów prawa są nimi: Wojewódzki **Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Bydgoszczy ul. Konarskiego 1-3 85-950 Bydgoszcz**, **Ministerstwo** Rodziny i Polityki Społecznej ul. Nowogrodzka 1/3/5 00-513 Warszawa, Pełnomocnik Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych ul. Żurawia 4 A, 00- 503 Warszawa, a także m.in. podmioty świadczące usługi pocztowe, bankowe, telekomunikacyjne, podatkowe, oraz inne podmioty, gdy wystąpią z takim żądaniem oczywiście w oparciu o stosowną podstawę prawną. Pracownikom oraz współpracownikom administratora.  
Twoje dane osobowe możemy także przekazywać podmiotom, które przetwarzają je na zlecenie administratora tzw. podmiotom przetwarzającym, są nimi np.: podmioty świadczące usługi informatyczne, w tym (EKSMON) tj. Elektroniczny Krajowy Systemie Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności) oraz inne wykonujące wyspecjalizowane usługi, jednakże przekazanie Twoich danych nastąpić może tylko wtedy, gdy zapewnią one odpowiednią ochronę Twoich praw.
3. Twoje dane osobowe przetwarzane będą do czasu istnienia podstawy do ich przetwarzania, w tym również przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji i tak:
  - 1) do 50 lat od dnia zrealizowania Twojego wniosku,
  - 2) w zakresie danych, gdzie wyraziłeś zgodę na ich przetwarzanie, do czasu cofnięcia zgody, nie dłużej jednak niż do czasu wskazanego w pkt 1.
4. W związku z przetwarzaniem danych osobowych przez Administratora masz prawo do:
  - 1) dostępu do treści danych na podstawie art. 15 RODO;
  - 2) sprostowania danych na podstawie art. 16 RODO;
  - 3) usunięcia danych na podstawie art. 17 RODO, jeżeli:
    - a) wycofasz zgodę na przetwarzanie danych osobowych;
    - b) dane osobowe przestaną być niezbędne do celów, w których zostały zebrane lub w których były przetwarzane;
    - c) dane są przetwarzane niezgodnie z prawem;
  - 4) ograniczenia przetwarzania danych na podstawie art. 18 RODO, jeżeli:
    - a) osoba, której dane dotyczą, kwestionuje prawidłowość danych osobowych;
    - b) przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się usunięciu danych osobowych, żądając w zamian ograniczenia ich wykorzystywania;
    - c) administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobie, której dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;
    - d) osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania – do czasu stwierdzenia, czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie administratora są nadrzędne wobec podstaw sprzeciwu osoby, której dane dotyczą;
  - 5) cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody nie wpływa na przetwarzanie danych dokonywane przez administratora przed jej cofnięciem
5. Podanie Twoich danych:
  - 1) jest wymogiem ustawy na podstawie, których działa administrator. Jeżeli odmówisz podania Twoich danych lub podasz nieprawidłowe dane, administrator nie będzie mógł zrealizować celu do jakiego zobowiązują go przepisy prawa,
  - 2) jest dobrowolne i odbywa się na podstawie Twojej zgody, która może być cofnięta w dowolnym momencie.
6. Przysługuje Ci także skarga do organu do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych – ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uznasz, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
7. Dane nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również w formie profilowania.
8. Administrator nie przekazuje danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych.

\*niepotrzebne skreślić