WNIOSEK
W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
(DOTYCZY OSÓB DO 16 ROKU ŻYCIA)

ADNOTACJE URZĘDOWE

UWAGA! Pola w rubrykach należy wypełniać czytelnie, pismem drukowanym, dużymi literami

WNIOSKUJĘ O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- ☐ Po raz pierwszy
- ☐ Z powodu zmiany stanu zdrowia (dla dziecka posiadającego ważne orzeczenie)
- ☐ Ponowne wydanie orzeczenia w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia nr.....(w przypadku dziecka posiadającego orzeczenie na czas określony)

UWAGA – wniosek należy złożyć **nie wcześniej niż 30 dni przed utratą ważności** posiadanego orzeczenia – zgodnie z § 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie *orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności* (j. t. Dz. U. z 2018r., poz. 2027)

DANE OSOBOWE DZIECKA:

Nazwisko																			
Imię																			
PESEL																			
Data urodzenia																			
Miejsce urodzenia																			
Obywatelstwo																			
Nr dokumentu tożsamości																			

X zaznaczyć w odpowiednim miejscu

	legitymacja szkolna		**akt urodzenia** dla dzieci poniżej 7 roku życia

Adres zameldowania dziecka

Miejscowość																			
Ulica, nr domu, lokalu																			
Kod pocztowy																			

Adres pobytu dziecka (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania)

Miejscowość																			
Ulica, nr domu, lokalu																			
Kod pocztowy																			

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Nazwisko																			
Imię																			
PESEL																			
Data urodzenia																			
Miejsce urodzenia																			
Obywatelstwo																			
Seria i Nr dokumentu tożsamości																			

X zaznaczyć w odpowiednim miejscu

	dowód osobisty		**paszport**		**prawo jazdy**

Adres zameldowania/pobytu przedstawiciela ustawowego

UWAGA! ten adres jest także adresem doręczenia korespondencji

Miejscowość																			
Ulica, nr domu, lokalu																			
Kod pocztowy																			

(podanie danych jest dobrowolne i posłuży wyłącznie dla celów kontaktowych związanych z wnioskiem o wydanie orzeczenia wności

Telefon kontaktowy Adres poczty elektronicznej (e-mail)																			

Wyrażam zgodę na kontaktowanie się wyłącznie w calach związanych z procesem orzeczniczym …….

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

X zaznaczyć w odpowiednim miejscu

1		Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
2		Uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego
3		Korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 2 ustawy z dnia 20.06.1997 r. -Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2020, poz. 110 tj.) ***Karta parkingowa***
4		Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
5		Uzyskania przez opiekuna, urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
6		Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
Inne – wymienić jakich:		
CEL PODSTAWOWY: (jeden z wyżej wymienionych)		

INFORMACJA
DOTYCZĄCA ZAKRESU OPIEKI I PIELĘGNACJI SPRAWOWANEJ NAD DZIECKIEM

ZAKRES SPRAWOWANEJ OPIEKI PIELĘGNACYJNEJ

X zaznaczyć w odpowiednim miejscu

Dziecko jest leżące:		*TAK*	
		NIE	
Porusza się		*samodzielnie*	
		o kulach	
		na wózku inwalidzkim	
		z pomocą drugiej osoby	
Przyjmuje pokarm		*samodzielnie*	
		jest karmione przez inną osobę	
		wymaga stosowania specjalnej diety	
		JAKIEJ	

RODZAJ OGRANICZENIA INNYCH CZYNNOŚCI

Mycie się		*samodzielnie*
		z pomocą
Ubieranie się		*samodzielnie*
		z pomocą
Załatwianie czynności fizjologicznych		*samodzielnie*
		z pomocą

Rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia	
Rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno – leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu tygodnia / miesiąca*	
Częstotliwość wizyt lekarskich w domu / poza domem* w tygodniu / miesiącu*	

DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ DZIECKA:

X zaznaczyć w odpowiednim miejscu

Dziecko uczęszcza		*żłobek*
		przedszkole ogólnodostępne
		przedszkole integracyjne
		przedszkole specjalne
		szkoła ogólnodostępna
		szkoła ogólnodostępna z internatem
		szkoła integracyjna
		szkoła specjalna
		szkoła specjalna z internatem
		ośrodek szkolno - wychowawczy

OŚWIADCZAM, ŻE:

Dziecko pobiera następujące świadczenie rodzinne		*zasiłek pielęgnacyjny*		
		świadczenie pielęgnacyjne		
Na posiedzenie składu orzekającego dziecko przybędzie z opiekunem		**TAK**		
		NIE	**Należy <u>dołączyć zaświadczenie lekarskie</u> potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej, nie rokującej poprawy choroby**	
CZY SKŁADANO WNIOSEK		**TAK**	**Z JAKIM SKUTKIEM**	
		NIE		

UPRZEDZONY/A O ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ *wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks karny (tekst jedn.: Dz. U. z 2018r., poz. 1600)*
„Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3" – oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym
JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ *za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów i oświadczam, iż wszelka dokumentacja załączona do wniosku o wydanie orzeczenia o stopniu/ o niepełnosprawności jest autentyczna – zgodnie z treścią art. 270 § 1 k.k. „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 5 lat. § 2. „Tej samej karze podlega, kto wypełnia blankiet, zaopatrzony cudzym podpisem, niezgodnie z wolą podpisanego i na jego szkodę albo takiego dokumentu używa"*

ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ *powiadomić Miejski Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Gliwicach o każdej zmianie mojego adresu do momentu zakończenia postępowania (zgodnie z art. 41* ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego *(tekst jedn.: Dz. U. z 2020 . poz. 256 dalej: k.p.a.)*

Gliwice, dnia ....
(własnoręczny podpis z imienia i nazwiska przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego)

INFORMACJE DODATKOWE:

1. składając wniosek należy okazać ***dokument potwierdzający tożsamość*** osoby zainteresowanej, wymieniony we wniosku,

2. do wniosku należy załączyć ***kserokopie posiadanej dokumentacji medycznej*** (**potwierdzonej za zgodność z oryginałem:**
karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych, opinie psychologiczne, kartotekę poradni prowadzącej oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności,

3. ***zaświadczenie lekarskie*** o stanie zdrowia ważne jest przez ***30 dni*** od daty wystawienia
- zgodnie bowiem z §6 ust. 2 rozporządzenia *Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r.* w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności *(Dz. U. z 2015, poz. 1110)* w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności do wniosku dołącza się DOKUMENTACJĄ MEDYCZNĄ, w tym ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE wydane nie wcześniej niż 30 dni przed dniem złożenia wniosku

4. jeżeli wniosek składa opiekun prawny, to należy załączyć ***postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego***

5. właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według ***miejsca stałego pobytu*** w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych

6. właściwość miejscową zespołu orzekającego o niepełnosprawności ustala się według ***miejsca pobytu*** tylko i wyłącznie w przypadku osób:

   - *bezdomnych;*
   - *przebywających poza miejscem stałego pobytu* ***ponad 2 miesiące*** *ze względów zdrowotnych lub rodzinnych*
   - *przebywających w zakładach karnych i poprawczych*
   - *przebywających w domach pomocy społecznej o ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej*

Klauzula informacyjna

dot. postępowania w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności

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 (Dz. Urz. UE L 2016, Nr 119, s.1; dalej: *ogólne rozporządzenie o ochronie danych* - RODO)

informuję, iż:

Administratorem danych osobowych jest:

Miejski Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Gliwicach , ul. Bojkowska 20, 44-100 Gliwice
reprezentowanym przez Przewodniczącego Zespołu

Inspektor Ochrony Danych - kontakt

adres e-mail: iod@ops.gliwice.eu. nr telefonu: (32) 335 96 68

Cel i podstawa prawna przetwarzania danych

Prowadzenie postępowania administracyjnego w przedmiocie wydania orzeczenia o niepełnosprawności - podstawie art. 6 ust. 1 lit. c 2 RODO w związku z art. 6 b i art. 6 d ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. *o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2020r., poz. 426).*

Odbiorcy danych osobowych

Brak odbiorców. Dane osobowe nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim, nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej. Odbiorcami danych będą tylko podmioty upoważnione z mocy prawa; Dane osobowe powierzane są *Ministerstwu Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.*

Okres przechowywania danych

Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania – zgodnie z terminami archiwizacji określonymi przez ustawy kompetencyjne lub ustawę z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 217 z późn. zm.) w tym rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. z 2011 r. Nr 14 poz. 67 z późn. zm.). Oznacza to, że dane osobowe mogą zostać zniszczone po upływie od 5 do 50 lat, zależnie od kategorii archiwalnej danej sprawy;

Prawa osoby, której dane dotyczą

Prawo do żądania od Administratora dostępu do swoich danych, ich sprostowania, przeniesienia.
Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy osoba uzna, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy *ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.*

Pozostałe informacje

Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym.

Zapoznałam/łem się z powyższymi informacjami i przyjmuję je do wiadomości:

.....
podpis przedstawiciela ustawowego (rodzica)
lub opiekuna prawnego dziecka