Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

(dla osób poniżej 16-go roku życia)

□ po raz pierwszy
□ w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia
□ w związku ze zmianą stanu zdrowia

(WYPEŁNIAĆ CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI)

Nr sprawy: ..... Kartuzy, dnia ..... r.

DANE OSOBOWE DZIECKA

Imię i nazwisko .....

PESEL											

Data i miejsce urodzenia …..... Numer aktu urodzenia ….....

Adres zameldowania ….....

Adres pobytu / korespondencji ….....

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego.....

PESEL											

Seria i numer dowodu osobistego (paszportu) ….....

Data i miejsce urodzenia …..... obywatelstwo ….....

Adres zameldowania …….....

Adres pobytu/korespondencji ……..…….....

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Kartuzach

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

uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego,
zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
uzyskanie urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
karta parkingowa- korzystania z ulg i uprawnień na podst. art. 8 ust. 3a pkt 2 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2017 r. poz. 1260 z późn.zm.)
korzystanie z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
inne (wymienić jakie).....

Cel podstawowy.....

Oświadczam, że:

1. **Dziecko uczęszcza / nie uczęszcza** *do szkoły/przedszkola -jakiego.....
2. **Składano / nie składano*** uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności
   a. kiedy ....., nr sprawy.....,
   b. z jakim skutkiem .....,
3. **Dziecko może / nie może*** przybyć na badanie przedmiotowe (jeżeli nie, to należy załączyć dodatkowe zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby),
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 nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego**, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie,
5. Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
6. Do wniosku załączam dokumentację medyczną dotyczącą stanu zdrowia dziecka-(kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem)

.....
podpis przedstawiciela ustawowego (rodzica) dziecka

*niepotrzebne skreślić

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Administrator Danych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. art. 7 ust. 3, informuje o możliwości wycofania zgody udzielonej na przetwarzanie danych w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W celu ułatwienia kontaktu w sprawach wynikających z obowiązku prawnego realizowanych przez Administratora Danych, **DOBROWOLNIE WYRAŻAM ZGODĘ** na przetwarzanie moich danych osobowych tj.:

□ Numer telefonu …..... ……
(czytelny podpis)

KLAUZULA INFORMACYJNA

W związku z rozpoczęciem stosowania z dniem 25 maja 2018 r. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, dalej: RODO) informujemy, iż na podstawie art. 13 RODO od dnia 25 maja 2018 r. będą Pani/Panu przysługiwały określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez **Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności Kartuzach**.

1. Administratorem danych osobowych jest **Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności** z siedzibą w Kartuzach, ul. Mściwoja II 20, pzoon@pcprkartuzy.pl
2. W Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Kartuzach wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod adresem email: iod@pcprkartuzy.pl
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych związanym m.in. wydaniem orzeczenie o niepełnosprawności dla osób poniżej 16-go roku życia.
4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie:
    a. ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
    b. ustawa z dnia 25 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym
5. Numer telefonu przetwarzany jest na podstawie wyrażonej zgody osoby, której numer telefonu dotyczy.
6. Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a i c rozporządzenie z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych.
7. Odbiorcą danych osobowych będą tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w tym państwa trzecie, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
8. Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
9. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt. 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
10. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu;
11. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych 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.;
12. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych niezbędnych do wydania orzeczenia o stopniu niepełnoprawności jest wymogiem ustawowym.
13. Podanie numeru telefonu jest dobrowolne, nie podanie numeru telefonu nie wpływa na wykonanie innych czynności.
14. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

(zaświadczenie lekarskie **ważne 30 dni** od daty wydania)

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość.....

Data.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

Imię i nazwisko dziecka.....

Data urodzenia dziecka.....PESEL.....

Adres zamieszkania dziecka.....

---

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

……

……

……

……

……

2. Przebieg schorzenia podstawowego

……

……

……

……

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, 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 oceny stanu zdrowia dziecka (w załączeniu)

……

……

……

……

7. Dziecko jest trwale niezdolne do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności TAK / NIE (niepotrzebne skreślić)

……..
……
……
……

……..
stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

KLAUZULA INFORMACYJNA

W związku z rozpoczęciem stosowania z dniem 25 maja 2018 r. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, dalej: RODO) informujemy, iż na podstawie art. 13 RODO od dnia 25 maja 2018 r. będą Pani/Panu przysługiwały określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez **Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności**.

1. Administratorem danych osobowych jest **Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności** z siedzibą w Kartuzach, ul. Mściwoja II 20, pzoon@pcprkartuzy.pl
2. W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod adresem email: iod@pcprkartuzy.pl
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych związanym m.in. wydaniem orzeczenie o niepełnosprawności dla osób poniżej 16-go roku życia.
4. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie:
    a. ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
    b. ustawa z dnia 25 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym
5. Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenie z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych.
6. Odbiorcą danych osobowych będą tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w tym państwa trzecie, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
7. Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
8. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt. 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
9. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu;
10. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych 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.;
11. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych niezbędnych do wydania orzeczenia o stopniu niepełnoprawności jest wymogiem ustawowym.
12. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.