ADNOTACJE URZĘDOWE

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

(dotyczy osób do 16 roku życia)

Nr sprawy

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

DANE OSOBOWE DZIECKA:

NAZWISKO																				
IMIĘ 1																				
IMIĘ 2																				
PESEL																				
PŁEĆ	M	/	K	*Odpowiednio zaznaczyć*																
DATA URODZENIA									Wpisać cyframi: dzień/miesiąc/rok											
MIEJSCE URODZENIA																				
OBYWATELSTWO																				
SERIA I NR DOK.TOŻSAMOŚCI																				
RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI	1. *dowód osobisty* 2. *odpis skrócony aktu ur* 3. *paszport* 4. *legitymacja szkolna*																			

ADRES ZAMELDOWANIA DZIECKA:

MIEJSCOWOŚĆ																	
ULICA, NR DOMU, LOKALU																	
KOD POCZTOWY			-														
POCZTA																	

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

MIEJSCOWOŚĆ																	
ULICA, NR DOMU, LOKALU																	
KOD POCZTOWY			-														
POCZTA																	

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO:

NAZWISKO																				
IMIĘ 1																				
IMIĘ 2																				
PESEL																				
PŁEĆ	M	/	K	*Odpowiednio zaznaczyć*																
DATA URODZENIA									Wpisać cyframi: dzień/miesiąc/rok											
MIEJSCE URODZENIA																				
OBYWATELSTWO																				
SERIA I NR DOK.TOŻSAMOŚCI																				
RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI	1. *dowód osobisty* 2. *paszport*																			

ADRES ZAMELDOWANIA/POBYTU PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

UWAGA! TEN ADRES JEST TAKŻE ADRESEM DO DORĘCZEŃ KORESPONDENCJI

MIEJSCOWOŚĆ																
ULICA, NR DOMU, LOKALU																
KOD POCZTOWY			-													
POCZTA																
TELEFON KONTAKTOWY																

Inny sposób ułatwiający kontakt z wnioskodawcą (e-mail, fax):

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

X Zaznaczyć

Cel podstawowy *Pozostałe cele:*

(tylko jeden)

		Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
		Uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego
		Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
		Uzyskania przez opiekuna, urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
		Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów

Inne-wymienić jakich:

DANE DOTYCZACE SYTUACJI SPOŁECZNEJ DZIECKA:

		Zaznaczyć X
DZIECKO UCZĘSZCZA:	*Żłobek*	
	przedszkole ogólnodostępne	
	przedszkole integracyjne	
	przedszkole specjalne	
	szkoła ogólnodostępna	
	szkoła ogólnodostępna z internatem	
	szkoła integracyjna	
	oddział integracyjny	
	szkoła specjalna	
	oddział specjalny	
	szkoła specjalna z internatem	
	ośrodek szkolno-wychowawczy	

OŚWIADCZENIA:

CZY DZIECKO BYŁO/JEST ZALICZONE DO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ? *Zaznaczyć X jeśli było/jest*	
CZY DZIECKO BYŁO BADANE PRZEZ PSYCHOLOGA ? *Zaznaczyć X jeśli było*	

CZY ZE WZGLĘDU NA STAN ZDROWIA, DZIECKO NIE MOŻE PRZYBYĆ NA POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJACEGO? *Zaznaczyć X jeśli TAK*	

Wniosek składam ze względu na:

	Zaznaczyć X
Pierwszy wniosek	
Zmiana stanu zdrowia w trakcie ważności dotychczasowego orzeczenia	
Ponowne wydanie orzeczenia po upływie ważności dotychczasowego	

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I PRAWNYM ORAZ JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE LUB ZATAJENIE PRAWDY.

....., dnia ....

(podpis z imienia i nazwiska osoby zainteresowanej)

INFORMACJE DODATKOWE:

1. składając wniosek należy okazać ***dokument potwierdzający tożsamość*** dziecka i osoby zainteresowanej, wymieniony we wniosku
2. do wniosku dołącza się ***dokumentację medyczną*** i inne dokumenty medyczne mogące mieć wpływ na ustalenie wskazań do ulg i uprawnień *(przyjmujemy wyłącznie kserokopie tych dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem przez placówkę służby zdrowia lub należy okazać oryginały przy składaniu wniosku),*
3. jeżeli wniosek składa opiekun prawny, to należy załączyć ***postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego,*** 4. właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca pobytu** w przypadku osób: *a. bezdomnych,*
   b. przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych,
   c. przebywających w zakładach karnych i poprawczych,
   d. przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.
5. właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca stałego pobytu** w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych

Spis dokumentów medycznych załączonych do wniosku

(ułożyć według daty sporządzenia)

L.p.	Nazwa dokumentu medycznego	Darta sporządzenia

Łowicz, dn. ....

(podpis)

Nie przyjmujemy oryginałów – wyłącznie kserokopie potwierdzone za zgodność.

Do wniosku **należy dołączyć kserokopię dokumentacji medycznej** i innych dokumentów medycznych mogących mieć w pływ na ustalenie wskazań do ulg i uprawnień oraz **należy okazać dowód osobisty** lub innego dokumentu tożsamości, wymienionego we wniosku.

Przyjmujemy **wyłącznie uwierzytelnione kserokopie tych dokumentów, potwierdzone za zgodność z oryginałem** przez placówkę służby zdrowia, instytucję lub też należy okazać oryginały tych dokumentów przy składaniu wniosku.

Kserokopia nieuwierzytelniona za zgodność z oryginałem bez możliwości wglądu do oryginału **nie będzie przyjęta.**

Aby dokument uwierzytelnić za zgodność z oryginałem na każdej stronie kserokopii powinna się znaleźć: **data, kiedy stwierdza się dokument za zgodność z oryginałem, pieczątka nagłówkowa instytucji czy placówki, imienna pieczątką osoby stwierdzającej zgodność oraz z jej podpisem. W przypadku braku imiennej pieczątki podpis musi być czytelny.**

Oświadczenie dotyczące danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (Dz. Urz. UE L z 2016 r. Nr 119, s. 1) – dalej zwanego „Rozporządzeniem":

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych, o ile odrębne przepisy nie stanowią inaczej, jest **Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności** z siedziba przy ul. Podrzecznej 30, 99-400 Łowicz;
2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych , z którym może się Pani/Pan skontaktować w sprawach związanych z ochroną danych osobowych poprzez e-mail: iod@powiatlowicki.pl lub pisemnie na adres: Starostwo Powiatowe w Łowiczu, 99-400 Łowicz, ul. Stanisławskiego 30.
3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji obowiązków wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. *o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* (Dz. U. z 2019 r. poz.1172, z późn. zm.) oraz aktów wykonawczych do w/w ustawy w zakresie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności, orzekania o wskazaniach do ulg i uprawnień, wydawania legitymacji osoby niepełnosprawnej i karty parkingowej, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 pkt b Rozporządzenia;
4) podanie przez Panią/Pana danych osobowych ma charakter dobrowolny, ale jest niezbędne do realizacji celów, o których mowa powyżej; w przypadku, gdy podanie danych regulują przepisy prawa, ich podanie jest obowiązkowe;
5) Pani/Pana dane mogą być przekazywane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa oraz podmiotom, którym na podstawie umowy powierzono przetwarzanie danych osobowych;
6) dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich;
7) Pani/Pana dane będą przechowywane do momentu powzięcia informacji, że dana sprawa stała się bezprzedmiotowa;
8) posiada Pani/Pan prawo do:
    a) dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii,
    b) sprostowania (poprawiania) swoich danych,
    c) ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
    d) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy Rozporządzenia;
9) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Oświadczam, iż powyższą informację przyjąłem/łam do wiadomości.

.....

(data i podpis)