

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

--

*Powiatowy Zespół do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności
w Bytomiu, ul. Piłsudskiego 67
Pokój nr 4
tel. 32 388 67 04
poniedziałek 8:30 – 16:30
wtorek – czwartek 8:00 - 14:00
przerwa 11:30 – 12:00*

W PIĄTKI STRON NIE PRZYJMUJEMY

WNIOSKUJĘ O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

☐ Po raz pierwszy ☐ Z powodu zmiany stanu zdrowia ☐ Ponowne wydanie orzeczenia

WAŻNE: Wniosek należy złożyć **nie wcześniej niż 30 dni** przed upływem ważności posiadanego orzeczenia, dołączając kserokopię poprzedniego orzeczenia.

Nazwisko i imię dziecka

Data urodzenia dziecka miejsce urodzenia dziecka

Seria i nr dokumentu tożsamości

☐ legitymacja szkolna ☐ paszport ☐ dowód osobisty ☐ akt urodzenia

PESEL dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ADRES ZAMELDOWANIA DZIECKA

kod i miejscowość

ulica, nr domu i lokalu

ADRES POBYTU DZIECKA

kod i miejscowość

ulica, nr domu i lokalu

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Nazwisko i imię

Data urodzenia miejsce urodzenia

Seria i nr dokumentu tożsamości

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ADRES PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

kod i miejscowość

ulica, nr domu i lokalu

tel.

ADRES DO KORESPONDENCJI

kod i miejscowość

ulica, nr domu i lokalu

Cel wydania orzeczenia o niepełnosprawności:

- | | |
|--------------------------|--|
| ☐ | uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego, |
| ☐ | uzyskanie świadczenia pielęgnacyjnego, |
| ☐ | zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju, |
| ☐ | uzyskanie przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze, |
| ☐ | inne, jakie? |

Cel podstawowy:

(jeden z wyżej wymienionych)

Dane dotyczące sytuacji społecznej dziecka:

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:

- ☐ **Składano** ☐ **nie składano** wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, kiedy? (rok) z jakim skutkiem? ☐ zaliczono ☐ nie zaliczono
- Dziecko ☐ **może** ☐ **nie może** przybyć na badanie przedmiotowe (jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nierokującej poprawy choroby).
- W razie stwierdzenia konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia, wydane przez lekarza niebędącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
- Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów związanych z postępowaniem o wydanie orzeczenia.
- Zobowiązuję się powiadomić Powiatowy Zespół Do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności o każdej zmianie mojego adresu do momentu zakończenia postępowania (podstawa prawna: art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego).

DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:

- Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wypełnione przez lekarza prowadzącego,
- Kserokopię poprzedniego orzeczenia,
- Kserokopie kart informacyjnych leczenia szpitalnego,
- Kartoteki z przychodni prowadzących – kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem,
- Inne dokumenty mające wpływ na wydanie orzeczenia o niepełnosprawności,
- Dowód osobisty przedstawiciela ustawowego (do wglądu),
- Kserokopię dokumentu potwierdzającego tożsamość dziecka.

Dodatkowe informacje można uzyskać pod numerami tel. 32 388 67 04 ; 32 388 67 05 ; 32 388 67 10 lub na stronie internetowej www.mopr.bytom.pl

.....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

Klauzula informacyjna

Realizując obowiązek wynikający z art. 13 ust.1 i ust. 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 (dalej: RODO), informujemy, iż:

- 1) Administratorem danych osobowych zbieranych i przetwarzanych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Bytomiu z siedzibą w Bytomiu, reprezentowany przez Przewodniczącego Powiatowego Zespołu.
- 2) Odbiorcą Pani/Pana danych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Bytomiu, adres e-mail: pzon@mopr.bytom.pl tel.: 32/388-67-04, 388-67-05, 388-67-06, 388-67-10; fax: 32/281-80-93.
- 3) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia postępowania w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności/ stopniu niepełnosprawności/ o wskazaniach do ulg i uprawnień/ legitymacji osoby niepełnosprawnej/ karty parkingowej osoby niepełnosprawnej/ karty parkingowej dla placówek zajmujących się opieką, rehabilitacją lub edukacją osób niepełnosprawnych mających znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się*, na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2023 r. poz. 100; zwanej dalej ustawą o rehabilitacji).
- 4) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Bytomiu mogą być udostępniane innym organom państwowym i samorządowym (takim jak: sąd, policja, organy innej gminy) tylko i wyłącznie wtedy, gdy istnieje ku temu podstawa prawna wyrażona ustawą lub innym aktem prawnym, np. umową o powierzeniu przetwarzania danych.
- 5) Administrator danych nie przewiduje przekazywania Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej, chyba że będzie tego wymagało wypełnienie obowiązujących przepisów prawa w związku z zaistniałym wydarzeniem nadzwyczajnym.
- 6) Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny i określony przez 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 roku, nr 14, poz. 67), licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.
- 7) Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Bytomiu na żadnym etapie przetwarzania danych osobowych nie stosuje profilowania i przetwarzania zautomatyzowanego.
- 8) Przez cały okres przetwarzania Pani/Pana danych osobowych przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Bytomiu w dowolnym momencie przysługuje Pani/Pana prawo do:
 - dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia,
 - żądania zaprzestania przetwarzania danych, ograniczenia ich przetwarzania, a także możliwość wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych,
 - przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (Biuro Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel. 22 531 03 00, fax. 22 531 03 01, kancelaria@giodo.gov.pl),
- 9) Biuro Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych rozpatruje skargi, które spełniają wymogi określone w art. 63 § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. kodeks postępowania administracyjnego (Tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r., poz. 775 ze zm.), Elektroniczna Skrzynka Podawcza (ESP) jest środkiem komunikacji elektronicznej służącym do składania podań, wniosków i skarg do Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych w formie elektronicznej.
- 10) Podanie danych jest dobrowolne, jednakże jest niezbędnym warunkiem rozpatrzenia wniosku przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Bytomiu. Niewyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja niżej podpisana/podpisany wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celu rozpatrzenia wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności/ stopniu niepełnosprawności/ o wskazaniach do ulg i uprawnień/ legitymacji osoby niepełnosprawnej/ karty parkingowej osoby niepełnosprawnej/ karty parkingowej dla placówek zajmujących się opieką, rehabilitacją lub edukacją osób niepełnosprawnych mających znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się*, w tym także numeru telefonu i adresu poczty e-mailowej.

* właściwe zaznaczyć

.....
Data i czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę