

Empty box for official stamp or signature.

Miejsce na adnotacje urzędowe

....., dnia r.
(miejscowość) (data)

**Do Powiatowego Zespołu
do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
w Kędzierzynie-Koźlu**

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Na podstawie § 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (tj. Dz.U. z 2021 r. poz. 857)

Wniosek składam (właściwe zaznaczyć krzyżykiem):

- Po raz pierwszy
- W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia (**nie wcześniej niż na 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia**)
(na podstawie § 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności - tj. Dz.U. z 2021 r. poz. 857.)
- W związku ze zmianą stanu zdrowia
(na podstawie § 15 ust. 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności - tj. Dz.U. z 2021 r. poz. 857)
- Składałem wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności – brak niepełnosprawności
- W związku ze zmianą przepisów ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo u ruchu drogowym (Dz. U. z 2022 r. poz. 988, 1002, 1768 i 1783)**

DANE DZIECKA (OSOBY DO 16 ROKU ŻYCIA):

IMIĘ []

NAZWISKO []

Data urodzenia [][]-[][]-[][][][] Miejsce urodzenia.....
dzień – miesiąc – rok

Numer PESEL [] Obywatelstwo*

Nr dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość:
..... [][][][][][][][][][]

Adres zamieszkania

Adres pobytu
(wypełnić, jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

Dane przedstawiciela ustawowego dziecka:

IMIĘ []

NAZWISKO []

Data urodzenia [][]-[][]-[][][][] Miejsce urodzenia.....
dzień – miesiąc – rok

Numer PESEL [] Obywatelstwo*

Nr dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość:
..... [][][][][][][][][][]

Adres zamieszkania

Adres pobytu
(wypełnić jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

Nr telefonu [] Adres e-mail (o ile posiada)

*obywatelstwo w przypadku cudzoziemca nieposiadającego numeru PESEL

Wniosek składam dla celów (najważniejszy cel zaznaczyć krzyżykiem):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego | <input type="checkbox"/> Korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie innych przepisów |
| <input type="checkbox"/> Uzyskanie świadczenia pielęgnacyjnego | <input type="checkbox"/> Inne (wymienić jakie): |
| <input type="checkbox"/> Zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju | |
| <input type="checkbox"/> Uzyskanie urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze | |

Sytuacja społeczna i rodzinna dziecka (właściwe zaznaczyć krzyżykiem):

• **Zdolność do samodzielnego funkcjonowania dziecka:**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Porusza się samodzielnie | <input type="checkbox"/> Porusza się z pomocą drugiej osoby |
| <input type="checkbox"/> Porusza się o kulach | <input type="checkbox"/> Jest leżące |
| <input type="checkbox"/> Porusza się na wózku inwalidzkim | |

• **Dziecko przyjmuje pokarmy:**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Samodzielnie | <input type="checkbox"/> Jest karmione przez drugą osobę |
| <input type="checkbox"/> Wymaga stosowania specjalnej diety (jakiej?): | |

• **Rodzaj ograniczenia innych czynności (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych)**

.....
.....

• **Rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia**

.....
.....

• **Rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno – leczniczych wykonywanych w ciągu dnia tygodnia**

miesiąca**

• **Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:**

nie tak, jakiego:

• **Dziecko uczęszcza do żłobka lub przedszkola:**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ogólnodostępnego | <input type="checkbox"/> Integracyjnego |
| <input type="checkbox"/> Specjalnego | <input type="checkbox"/> Nie dotyczy |

• **Dziecko uczęszcza do szkoły:**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ogólnodostępnej | <input type="checkbox"/> Integracyjnej |
| <input type="checkbox"/> Specjalnej | <input type="checkbox"/> Nie dotyczy |

**** właściwe zaznaczyć krzyżykiem**

Oświadczam, że:

- 1)** Dziecko **nie posiada** / Dziecko **posiada** orzeczenie o niepełnosprawności wydane
ważne do dnia
- 2)** Dziecko **może**/ Dziecko **nie może** przybyć na posiedzenie składu orzekającego
Jeżeli nie - należy dołączyć do wniosku zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału
w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej
osobiste stawiennictwo
- 3)** Aktualnie toczy / Nie toczy się w sprawie dziecka postępowanie przed sądem powszechnym
w sprawie ustalenia niepełnosprawności
- 4) W razie stwierdzenia przez zespół ds. orzekania o niepełnosprawności konieczności uzupełnienia
dokumentacji medycznej m.in. poprzez wykonanie: badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych,
dostarczenie historii choroby z poradni specjalistycznych, **jestem świadomy ponoszenia kosztów ich
wykonania we własnym zakresie.**
- 5) **Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu pobytu do momentu zakończenia
postępowania w sprawie.**
Art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego
§ 1. W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej
zmianie swojego adresu, w tym adresu elektronicznego.
§ 2. W razie zaniebdania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.
- 6) **Dane zawarte we wniosku są prawdziwe.**
- 7) **Wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności jest
autentyczna i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności
dokumentów.**
Art. 270 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny
§ 1. 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 lat 5.
§ 2. Tej samej karze podlega, kto wypełnia blankiet, opatrzony cudzym podpisem, niezgodnie z wolą podpisanego i na jego szkodę albo takiego
dokumentu używa.
§ 2a. W wypadku mniejszej wagi, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.
§ 3. Kto czyni przygotowania do przestępstwa określonego w § 1, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do
lat 2.
- 8) **Zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej (załącznik nr 1 do wniosku) dotyczącej przetwarzania
danych osobowych w celu wydania orzeczenia o niepełnosprawności, w tym z informacją o celu
i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz o przysługujących mi prawach.**

**** właściwe zaznaczyć krzyżykiem**

.....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

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

- ✓ **Oryginał wniosku** (dokładnie wypełnić każdą rubrykę),
- ✓ **Oryginał zaświadczenia lekarskiego** (ważne 30 dni od daty wystawienia przez lekarza),
- ✓ **Uwierzytelnioną kserokopię dokumentacji medycznej, tzn. potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez organ lub podmiot, który dokument wytworzył lub kopię wraz z oryginałem do wglądu**, którą stanowią m.in.: karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych, opisy badań ekg, rtg, usg, TK, rezonansu magnetycznego, opinie psychologiczne (są ważne 2 lata), kartotekę z poradni prowadzącej oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności, a zwłaszcza okresu jej powstania;
- ✓ **Kserokopie poprzednich orzeczeń (oryginał do wglądu)** - jeśli były wydane:
 - zespołu ds orzekania o niepełnosprawności,
 - o niezdolności do pracy (ZUS),
 - o grupie (KIZ, KRUS, MON)

WAŻNOŚĆ WYDANYCH ORZECZEŃ

Ustawa z dnia 19 grudnia 2023 r. o szczególnych rozwiązaniach służących zachowaniu ważności niektórych orzeczeń o niepełnosprawności oraz orzeczeń o stopniu niepełnosprawności (Dz. U. 2023 poz. 2768) art. 1

Orzeczenie o niepełnosprawności albo orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane na czas określony, które zachowało ważność na podstawie art. 23 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o zmianie ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów oraz niektórych innych ustaw w **brzmieniu dotychczasowym** [(....) którego okres ważności:

- 1) upłynęły do dnia 31 grudnia 2020 r. – zachowuje ważność do dnia 31 grudnia 2023 r.,
- 2) upłynęły w okresie od 1 stycznia 2021 r. do dnia 31 grudnia 2021 r. – zachowuje ważność do 31 marca 2024r.,
- 3) upłynęły w okresie od 1 stycznia 2022 r. do dnia 05 sierpnia 2023 r. – zachowuje ważność do 30 września 2024r. (...)], **albo którego okres ważności upłynął po dniu 5 sierpnia 2023 r. i przed dniem 30 września 2024 r., - zachowuje ważność do dnia 30 września 2024 r.,**

- jednak nie dłużej niż do dnia, w którym nowe orzeczenie o niepełnosprawności albo nowe orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, stanie się ostateczne.

KLAUZULA INFORMACYJNA

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jest **Przewodniczący Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą 47-220 Kędzierzyn-Koźle ul. Judyma 5**. Administrator jest to osoba lub podmiot, która decyduje co się będzie działo z Państwa danymi osobowymi.
- 2) Inspektorem Ochrony Danych jest **Krzysztof KSIĘSKI, 47-220 Kędzierzyn-Koźle Plac Wolności 13, pokój nr 37**. W razie jakichkolwiek wątpliwości związanych z przetwarzaniem Państwa danych, proszę nie wahać się skontaktować z nim pod adresem: **k.ksieski@powiat.kedzierzyn-kozle.pl tel. 774052777** lub osobiście po uprzednim potwierdzeniu wizyty telefonicznie. Inspektor czuwa nad bezpieczeństwem Państwa danych osobowych w urzędzie.
- 3) Państwa dane osobowe przetwarzamy w celu realizacji określonych zadań (rejestr osób ubiegających się o wydanie karty parkingowej, rejestr osób którym wydawane są legitymacje osób niepełnosprawnych, rejestr osób ubiegających się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, rejestr osób ubiegających się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności) i na takie zbieranie danych nie jest wymagana zgoda. Określa to art. 6 ust.1 pkt c. RODO. W przypadku PZON podstawą prawną przetwarzania danych osobowych są następujące akty prawne:
 - a. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
 - b. Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r prawo o ruchu drogowymW celu wydania dla Państwa potrzebnych dokumentów będziemy też przetwarzać szczególne kategorie danych osobowych (stan zdrowia). Możemy to robić na podstawie art.9 ust.2 pkt b, g RODO
Możemy też poprosić Państwa o dodatkowe dane w celu ułatwienia kontaktu (np. numer telefonu, adres mailowy). Wówczas musimy od Państwa uzyskać dodatkową zgodę, którą w każdej chwili można wycofać. Określa to art.6 ust. 1 pkt a RODO.
- 4) Odbiorcami Państwa danych mogą być podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa (np. NIK) oraz podmioty z którymi zawarta jest umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych. W przypadku PZON została zawarta umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych z Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa
- 5) Nie przewidujemy aby Państwa dane osobowe przekazywać do państw trzecich (czyli poza Unię Europejską i Europejski Obszar Gospodarczy)
- 6) Dane osobowe, które Państwo zostawili w naszym urzędzie muszą być przechowywane w archiwum. Jest to określone przepisami i okres przechowywania tych danych reguluje Jednolity Rzeczowy Wykaz Akt Organów Powiatu i Starostw Powiatowych
- 7) W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługują Państwu określone prawa:
 - a. prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo do uzyskania ich kopii art. 15 ust. 1 RODO
 - b. prawo do sprostowania danych (jeżeli Państwo uważają, że zebrane dane są nieprawidłowe) art. 16 RODO
 - c. prawo do usunięcia danych (ale tylko w określonych przypadkach) art. 17 RODO
 - d. prawo do ograniczenia przetwarzania (też w ściśle określonych przypadkach) art. 18 RODO
- 8) W żaden sposób nie będziemy profilować Państwa danych osobowych
- 9) Nie będziemy w sposób zautomatyzowany podejmowali decyzji
- 10) Podanie przez Państwa danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa
- 11) Jeżeli macie Państwo wątpliwości co do przetwarzania danych osobowych przez nasz urząd przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa