Nr sprawy archiwalnej ……..……

Nr sprawy: PZON. ……..……

Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności

(odpowiednie zaznaczyć)

□ ***po raz pierwszy***

□ ***w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia (wniosek należy złożyć nie wcześniej niż 2 miesiące przed upływem ważności posiadanego orzeczenia)***

□ ***w związku ze zmianą stanu zdrowia***

UWAGA!

WYMIENIONE NIŻEJ DOKUMENTY NALEŻY OBOWIĄZKOWO ZŁOŻYĆ RAZEM Z WNIOSKIEM DO POWIATOWEGO ZESPOŁU (podstawa prawna: art. 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003r.) :

1) **ORYGINAŁ** ważnego zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wystawionego nie wcześniej niż na **3 miesiące przed dniem złożenia wniosku.**
2) **KSEROKOPIE** posiadanej dokumentacji medycznej potwierdzającej **AKTUALNY** stan zdrowia (***oryginały należy przedłożyć do wglądu lub dołączyć kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem)*** w tym m.in. karty informacyjne z leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności.
3) W przypadku posiadania dokumentacji obcojęzycznej - do wniosku należy dołączyć urzędowe tłumaczenie tej dokumentacji, sporządzone przez tłumacza przysięgłego.

Wniosek z posiadaną dokumentacją należy złożyć w siedzibie Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Sosnowcu, ul. Szpitalna 1, **pokój nr 3** (II piętro), tel.503-900-137; 695-140-721
GODZINY PRZYJĘĆ: **Poniedziałek 7:30 – 17:00**,**Wtorek, Środa, Czwartek 9:00 – 14:00, Piątek 9:00-12:00**
Dodatkowe informacje: www.mops.sosnowiec.bip.info.pl (zakładka: Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności).

PROSZĘ WYPEŁNIĆ LITERAMI DRUKOWANYMI

DANE DZIECKA:

Nazwisko i imię.....
Data urodzenia.....Miejsce urodzenia.....
Obywatelstwo – Polskie / Inne* ……Numer PESEL /.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../
Seria i numer dokumentu tożsamości ……(np. Dowód osobisty / Paszport / Akt urodzenia/ Legitymacja szkolna) *
Adres zameldowania na pobyt stały: .....
Adres pobytu/korespondencji osoby zainteresowanej* .....

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO DZIECKA (WYPEŁNIA RODZIC LUB OPIEKUN PRAWNY DZIECKA. W PRZYPADKU OPIEKUNA PRAWNEGO WYMAGANE JEST DOŁĄCZENIE DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO USTANOWIENIE OPIEKI PRAWNEJ):

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego..... …….
PESEL przedstawiciela ustawowego /.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../ Telefon …….
Data i miejsce urodzenia ……..…..……Obywatelstwo.....……..……
Rodzaj, nr i seria dokumentu tożsamości przedstawiciela ustawowego ……....
Adres zameldowania na pobyt stały: ..... .
Adres pobytu/korespondencji osoby zainteresowanej* ..... .
Stopień/ rodzaj pokrewieństwa…….

**** niepotrzebne skreślić***

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia do celów*:
zasiłku pielęgnacyjnego □
świadczenia pielęgnacyjnego □
innych □ (jakich?).....
(np. uzyskanie karty parkingowej, uczestnictwo w turnusach rehabilitacyjnych, terapii zajęciowej, zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze i inne pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie)

Oświadczam, że:

1) Dziecko może □ / nie może □ przybyć na posiedzenie składu orzekającego*, (***jeżeli nie, to należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej, nie rokującej poprawy choroby***).
2) Dziecko nie pobiera □ / pobiera □ / pobierało zasiłek pielęgnacyjny* □.
3) nie składano □ uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności
   składano □ wniosek w .....roku, w ……z jakim skutkiem.....
   orzeczenie ważne do…….....

Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji*

4) Dziecko jest :
   leżące □
   porusza się: stosownie do wieku □ samodzielnie □ o kulach □ na wózku inwalidzkim □ z pomocą drugiej osoby □
5) Przyjmuje pokarmy:
   stosownie do wieku □ samodzielnie □ jest karmione przez drugą osobę □
   wymaga stosowania specjalnej diety □ jeśli tak to jakiej ? ....
6) Rodzaj ograniczenia innych czynności (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych).
   Samodzielnie □ stosownie do wieku □ z pomocą □
7) Rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno-leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia, tygodnia, miesiąca .....
   .....
   .....
8) częstotliwość wizyt lekarskich w domu, poza domem, w tygodniu, w miesiącu .....
9) inne informacje dotyczące stanu zdrowia dziecka .....
.....

Dane dotyczące sytuacji społecznej dziecka*

Dziecko nie uczęszcza □ / uczęszcza □ do :

□ żłobek
□ przedszkole ogólnodostępne
□ przedszkole integracyjne
□ przedszkole specjalne
□ szkoła ogólnodostępna
□ szkoła ogólnodostępna z internatem
□ szkoła integracyjna
□ szkoła specjalna
□ szkoła specjalna z internatem
□ oddział integracyjny
□ oddział specjalny
□ ośrodek szkolno- wychowawczy

Inne (jakie?).....

Nauczanie indywidualne nie korzysta □ / korzysta □ w wymiarze ..... godzin dziennie □, tygodniowo □,

***odpowiednie zaznaczyć**

PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI, ŻE:

10) Zgodnie z art. 10 kodeksu postępowania administracyjnego wnioskodawca ma możliwość czynnego udziału w każdym stadium postępowania w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. Przed wydaniem decyzji strona ma możliwość wglądu do całości dokumentacji dowodowej w swojej sprawie oraz możliwość wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań w dniu posiedzenia składu orzekającego.
11) Zgodnie z art. 33 kpa pełnomocnikiem strony może być osoba fizyczna posiadająca zdolność do czynności prawnych. Pełnomocnictwo powinno być udzielone na piśmie lub zgłoszone do protokołu. Pełnomocnik dołącza do akt oryginał lub urzędowo poświadczony odpis pełnomocnictwa.
12) Zgodnie z art. 41 kpa ust. 1w toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swojego adresu. W razie zaniedbania obowiązku określonego w ust. 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

OŚWIADCZAM, ŻE:

13) Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.
14) Złożona dokumentacja w celu wydania orzeczenia jest autentyczna.
15) Jestem uprawniony do reprezentowania małoletniego dziecka oraz działania w jego imieniu w sprawach objętych niniejszym wnioskiem.
16) Jestem świadoma/y, że jeżeli przedłożona do wniosku dokumentacja medyczna okaże się niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, Przewodniczący Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Sosnowcu zawiadamia o konieczności jej uzupełnienia z pouczeniem, że niedostarczenie dokumentacji w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia (zgodnie z art. 6 ust. 5 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003r).

Upoważniam Pana/ Panią …… **posiadającego / posiadającą numer PESEL** /.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../ **do odbioru w moim imieniu orzeczenia o niepełnosprawności**

.....
(podpis przedstawiciela ustawowego dziecka)

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych informujemy, że:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Sosnowcu przy ul. Szpitalna 1, z administratorem można się kontaktować osobiście w siedzibie, pisemnie kierując pisma na adres administratora, na adres do e-Doręczeń AE:PL-64511-87131-FWVRC-14.
2. w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Sosnowcu wyznaczono inspektora ochrony danych, z którym może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych:
   - w siedzibie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sosnowcu przy ul. 3 Maja 33
   - kierując pisma na adres administratora - PZON
   - kierując pisma na adres do e-Doręczeń AE:PL-64511-87131-FWVRC-14;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wydania orzeczenia o niepełnosprawności, na podstawie obowiązujących przepisów prawa – art. 6 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
4. Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane następującym odbiorcom danych: podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, podmiotom, z którymi PZON zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, podmiotom wspierającym działalność administratora np. operator pocztowy;
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z jednolitego rzeczowego wykazu akt, tj. przez 50 lat po roku, w którym zakończono sprawę;
6. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, prawo ograniczenia przetwarzania danych osobowych na okres weryfikacji poprawności danych oraz prawo do usunięcia danych po zakończeniu okresu ich przetwarzania;
7. ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy o ochronie danych osobowych;
8. podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym wynikającym z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku;
9. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób całkowicie zautomatyzowany w tym również w formie profilowania oraz nie będą przekazane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)[1]

.....
(miejscowość, data)

.....
(nr PESEL)

OŚWIADCZENIE

o miejscu pobytu stałego

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. *o ewidencji ludności*, zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że moim miejscem pobytu stałego / miejscem pobytu stałego dziecka / miejscem pobytu stałego osoby w imieniu której składam wniosek[2] jest:

.....
(adres miejsca pobytu stałego)

.....
(podpis)

[1] [?] Osoba, której dotyczy wniosek o wydanie orzeczenia.

[2] [?] Niepotrzebne skreślić.

Miejscowość .....

Data .....

.....

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności [1]

(zaświadczenie lekarskie w całości wypełnia lekarz włącznie z danymi osobowymi pacjenta)

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Numer PESEL ..... Seria i numer dowodu osobistego .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja - rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych

.....

.....

.....

.....

.....

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

.....

.....

.....

.....

.....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta? TAK / NIE*

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną *(rok)?* .....

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie *(rok)?* .....

Ww. Pan /Pani wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji - TAK / NIE*.

☐ W/w Pan / Pani **jest zdolny(a)** do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności.**

☐ W/w Pan / Pani **jest trwale niezdolny(a)** do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby.**

.....

podpis i pieczątka lekarza wystawiającego zaświadczenie

UWAGA:

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia jest ważne 3 miesiące od daty wystawienia.

**) niepotrzebne skreślić*

***) odpowiednie zaznaczyć*

---

1. Niewłaściwie wypełnione zaświadczenie lekarskie (np. brak daty wystawienia, brak podpisu lekarza, brak pieczęci, nieautoryzowane poprawki na zaświadczeniu, pozostawienie rubryk bez wypełnienia) jest obarczone brakiem formalnym, co **uniemożliwia skuteczne wszczęcie postępowania** w sprawie orzekania o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności.