

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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PLEĆ | M | / | K | Odpowiednio zaznaczyć | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATA URODZENIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Wpisać cyframi: | | dzień/miesiąc/rok | |
| MIEJSCE URODZENIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBYWATELSTWO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SERIA I NR DOK. TOŻSAMOŚCI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI | <ol style="list-style-type: none"> 1. dowód osobisty 2. paszport 3. legitymacja szkolna 4. odpis skrócony aktu urodzenia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PLEĆ | M | / | K | Odpowiednio zaznaczyć | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATA URODZENIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Wpisać cyframi: | | dzień/miesiąc/rok | |
| MIEJSCE URODZENIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBYWATELSTWO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SERIA I NR DOK. TOŻSAMOŚCI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI | <ol style="list-style-type: none"> 1. dowód osobisty 2. paszport 3. prawo jazdy 4. legitymacja szkolna 5. odpis skrócony aktu urodzenia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ADRES ZAMELDOWANIA/POBYTU PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO**UWAGA! TEN ADRES JEST TAKŻE ADRESEM DO DORECZEN 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 CEŁÓW:

X Zaznaczyć

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego |
| <input type="checkbox"/> | Uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego |
| <input type="checkbox"/> | Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej |
| <input type="checkbox"/> | Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju |
| <input type="checkbox"/> | Uzyskania przez opiekuna, urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze |
| <input type="checkbox"/> | Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów |

Inne- wymienić jakich:

DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ DZIECKA:

Zaznaczyć *X*

| | | |
|---------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| DZIECKO UCZĘSZCZA: | <input type="checkbox"/> | żłobek |
| | <input type="checkbox"/> | przedszkole ogólnodostępne |
| | <input type="checkbox"/> | przedszkole integracyjne |
| | <input type="checkbox"/> | przedszkole specjalne |
| | <input type="checkbox"/> | szkoła ogólnodostępna |
| | <input type="checkbox"/> | szkoła ogólnodostępna z internatem |
| | <input type="checkbox"/> | szkoła integracyjna |
| | <input type="checkbox"/> | oddział integracyjny |
| | <input type="checkbox"/> | szkoła specjalna |
| | <input type="checkbox"/> | oddział specjalny |
| <input type="checkbox"/> | szkoła specjalna z internatem | |
| <input type="checkbox"/> | ośrodek szkolno-wychowawczy | |

OŚWIADCZENIA:

| | |
|---|-------------------------------------|
| CZY DZIECKO BYŁO/JEST ZALICZONE DO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ? | <i>Zaznaczyć X jeżeli było/jest</i> |
| CZY DZIECKO BYŁO BADANE PRZEZ PSYCHOLOGA ? | <i>Zaznaczyć X jeżeli było</i> |
| CZY ZE WZGLĘDU NA STAN ZDROWIA, DZIECKO NIE MOŻE PRZYBYĆ NA POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJĄCEGO? | <i>Zaznaczyć X jeżeli TAK</i> |

Wniosek składam ze względu na:

Zaznaczyć *X*

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Pierwszy wniosek |
| <input type="checkbox"/> | Zmiana stanu zdrowia w trakcie ważności dotychczasowego orzeczenia |
| <input type="checkbox"/> | 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:

- składając wniosek należy okazać *dokument potwierdzający tożsamość* dziecka i osoby zainteresowanej, wymieniony we wniosku
- 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*).
- jeżeli wniosek składa opiekun prawny, to należy załączyć *postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego*,
- właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według *miejsca pobytu* w przypadku osób:
 - bezdomych*,
 - przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych*,
 - przebywających w zakładach karnych i poprawczych*,
 - przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej*.
- właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według *miejsca stałego pobytu* w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych.
- Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informujemy, że Administratorem Twoich danych osobowych jest Przewodniczący Powiatowego Zespołu do spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Tomaszowie Mazowieckim. Siedzibą Zespołu jest Tomaszów Mazowiecki 97-200 ul. Św. Antoniego 41. Kontakt jest możliwy za pomocą telefonu: 44-724-21-27 wew. 410; adres e-mail: orzekanie@powiat-tomaszowski.pl.
- Podanie przez Ciebie danych osobowych jest warunkiem prowadzenia sprawy w Powiatowym Zespole do spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Tomaszowie Mazowieckim.

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Miejscowość

Data

Uwaga! Zaświadczenie należy złożyć w ciągu 30 dni od daty wypełnienia przez lekarza

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

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia

Adres zamieszkania

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; ewentualnie potrzeby w tym zakresie

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia dziecka (w załączeniu)

pieczętka lekarza

Kwestionariusz

służący do sporządzenia oceny psychologicznej i/lub socjalno- społecznej dziecka

I. Dane osobowe:

1. Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:.....
2. Imię i nazwisko dziecka:.....
3. Data i miejsce urodzenia dziecka:.....
4. Adres zamieszkania dziecka:.....

II. Sytuacja rodzinna dziecka: (np. rodzina pełna, rozbita, zrekonstruowana, adopcyjna, zastępcza- jeśli tak to od kiedy, inne) wybrać właściwe:.....

Liczebność rodziny: (czy dziecko ma rodzeństwo ?, w jakim wieku?, proszę wymienić wszystkie osoby wspólnie z zamieszkujące i zaznaczyć stopień pokrewieństwa).....

III. Źródło utrzymania i sytuacja materialna rodziny: (z czego utrzymuje się rodzina- wynagrodzenie za pracę, renta, emerytura opiekunów, inne źródła).....

IV. Sytuacja mieszkaniowa rodziny: (np. bloki kamienica, domek jednorodzinny, inne- jakie) proszę podać.....

ilość pokoi (nie licząc kuchni)które piętro.....

Czy w budynku jest winda a) tak b) nie

Czy w mieszkaniu znajduje się: - łazienka a) tak b) nie

- wc a) tak b) nie

- kuchnia a) tak b) nie

- gaz a) tak b) nie

- bieżąca woda a) tak b) nie

- ogrzewanie a) tak b) nie jakie?.....

Czy mieszkanie jest przystosowane do potrzeb rodziny? a) tak b) nie

Jeśli nie, to dlaczego?.....

V. Charakterystyka funkcjonowania dziecka:

(Stopień usamodzielnienia dziecka należy porównać z samodzielnością oczekiwaną dla dzieci w danym wieku. Określić na ile zakres pomocy lub opieki nad dzieckiem świadczony przez opiekunów przewyższa wsparcie potrzebne dziecku w jego wieku)

1. Stopień samodzielności dziecka w ubiorze: (np. samodzielne, wymaga pomocy w sznurowaniu butów, zapinaniu guzików, inne) proszę podać zakres wsparcia.....

2. Stopień samodzielności dziecka w spożywaniu posiłków: (np. samodzielne, nie posługuje się nożem, wymaga rozdrobnienia posiłku, stosowania ssaka i inne w tym konieczność stosowania diety, jeśli tak to jakiej - wymienić wyeliminowane produkty, inne) proszę podać zakres wsparcia.....

3. Stopień samodzielności dziecka w przemieszczaniu się w środowisku: (np. samodzielnie, wymaga stałego nadzoru, asekuracji, korzysta z kuli łokciowej, wózka inwalidzkiego, utyka, potyka się, występują zaburzenia równowagi, inne) proszę podać zakres wsparcia.....

4. Stopień samodzielności dziecka w higienie: (np. samodzielne, wymaga pomocy w kąpielach, myciu i czesaniu głowy, obcinaniu paznokci, inne) proszę podać zakres wsparcia

Stopień realizacji potrzeb fizjologicznych: (np. samodzielne, nie sygnalizuje, nie kontroluje potrzeb fizjologicznych, wymaga cewnikowania, korzysta z pampersów, moczy się w nocy, inne) proszę podać zakres wsparcia

5. Stopień samodzielności dziecka w komunikowaniu się z otoczeniem: (np. mówi prostymi, pełnymi zdaniami, pojedynczymi słowami, niezrozumiale, niewyraźnie, po swojemu, jąka się, nie mówi, nie rozumie mowy, nie spełnia poleceń, porozumiewa się gestem, posługuje się językiem migowym, inne) proszę podać sposób komunikacji

6. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze, pomoce techniczne: (np. kule łokciowe, szkła korekcyjne, aparaty słuchowe, materac przeciwodleżynowy, sposób dostosowania mieszkania, inne) proszę podać zakres wyposażenia

Rodzaj zabiegów rehabilitacyjnych, usprawniających, terapeutycznych: (np. rehabilitacja usprawniająca, basen, gimnastyka korekcyjna, terapia logopedyczna, pedagogiczna, psychologiczna i inne, jak często) proszę podać zakres wsparcia

7. Sytuacja szkolna dziecka: (np. uczeń szkoły masowej, specjalnej, klasy integracyjnej-aktualnie która klasa; klasy życia, czy dziecko miało odraczany obowiązek szkolny, czy powtarzało klasy, pobierało nauczanie indywidualne, uczyło się w oddziałach psychiatrycznych, ile razy, w których klasach; wyniki w nauce)

8. Funkcjonowanie intelektualne dziecka: (proszę wypełniać w przypadku dzieci posiadających diagnozę psychologiczną z P.P.P, P.Z.P, szkół, szpitali i innych instytucji) proszę podać diagnozę (najlepiej popartą dołączoną opinią psychologiczną)

Oświadczam, iż podane przeze mnie informacje są prawdziwe

(Miejscowość i data)

(Podpis z imienia i nazwiska opiekuna dziecka)

Pouczenie :

W celu uzupełnienia dokumentacji, prosimy o wypełnienie kwestionariusza, który będzie podstawą do dokonania oceny sytuacji społecznej dziecka przez członka składu orzekającego.

Wypełniony kwestionariusz prosimy dostarczyć do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Tomaszowie Mazowieckim.

Obowiązek informacyjny

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej Rozporządzenie) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół do spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Tomaszowie Mazowieckim. Siedzibą Zespołu jest Tomaszów Mazowiecki 97-200 ul. Świętego Antoniego 41. Kontakt jest możliwy za pomocą telefonu: 44 724-21-27 wew. 410; adres e-mail: orzekanie@powiat-tomaszowski.pl
2. W sprawach związanych z danymi osobowymi należy kontaktować się z Inspektorem ochrony danych adres e-mail: iod@powiat-tomaszowski.pl
3. Dane osobowe w dokumentach składanych w Powiatowym Zespole do spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Tomaszowie Mazowieckim przetwarzane będą w celu realizacji czynności urzędowych należących do właściwości rzeczowej i miejscowej Powiatowego Zespołu do spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Tomaszowie Mazowieckim, a także kierowania do właściwych podmiotów spraw nienależących do właściwości rzeczowej lub miejscowej PZON. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazanego powyżej celu, a także przez wymagany przepisami prawa okres archiwizacji zgodny z odpowiednią kategorią archiwalną, wynikającą z przepisów prawa. Więcej informacji znajdzie Pani /Pan w Punkcie Obsługi Klienta albo u pracownika zajmującego się sprawą.
4. W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym powyżej, dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców. Odbiorcami danych mogą być:
 - 4.1. podmioty upoważnione do odbioru danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa, w szczególności w przypadku złożenia odwołania Wojewódzki Zespół do spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Łodzi i Sądy Powszechne.
 - 4.2. podmioty, które przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające).
5. W związku z przetwarzaniem przez Administratora danych osobowych przysługuje Pani/Panu:
 - 5.1. prawo dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 Rozporządzenia;
 - 5.2. prawo do sprostowania danych, na podstawie art. 16 Rozporządzenia;
6. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznasz, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia.
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem prowadzenia sprawy w Powiatowym Zespole do spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Tomaszowie Maz..
8. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

