

Nr wniosku .....

.....

.....  
miejscowość i data

## Wniosek w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności

*(dotyczy osoby, która nie ukończyła 16-ego roku życia)*

### Wniosek składam:

☐ po raz pierwszy

☐ w związku z upływem ważności poprzedniego orzeczenia z dnia.....

**(wniosek należy złożyć nie wcześniej niż 3 m-ce przed upływem ważności posiadanego orzeczenia)**

☐ mimo ważności orzeczenia z dnia ..... w związku ze zmianą stanu zdrowia

☐ w innym celu (wskazać jakim) .....

1. Nazwa organu:

### DANE DZIECKA

2. Imię

3. Nazwisko

4. Numer PESEL

5. Płeć

☐ Kobieta

☐ Mężczyzna

6. Data urodzenia

7. Miejsce urodzenia

8. Stan cywilny

9. Obywatelstwo

10. Dokument tożsamości:

• dowód osobisty seria i nr:.....

• paszport seria i nr: .....

• akt urodzenia nr: .....

• legitymacja szkolna nr: .....

| ADRES ZAMIESZKANIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 11. Miejscowość                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 12. Kod pocztowy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 13. Poczta |
| 14. Ulica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 15. Nr domu/Nr lokalu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |
| SYTUACJA SPOŁECZNA DZIECKA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |
| <b>Dziecko</b> <input type="checkbox"/> nie uczęszcza <input type="checkbox"/> uczęszcza do placówki (*zaznacz/podkreśl jakiej)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |
| <b>Rodzaj placówki oświatowej</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> żłobek<br><input type="checkbox"/> przedszkole (ogólnodostępne / integracyjne / specjalne*)<br><input type="checkbox"/> szkoły (ogólnodostępnej / ogólnodostępnej z internatem / integracyjnej / specjalnej / specjalnej z internatem*)<br><input type="checkbox"/> oddziału (integracyjnego / specjalnego*)<br><input type="checkbox"/> innej (jakiej?)<br>..... |            |
| WNIOSEK SKŁADAM DO CELÓW (wskaż min. 1 cel)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |
| <input type="checkbox"/> zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze<br><input type="checkbox"/> uzyskania karty parkingowej<br><input type="checkbox"/> uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego<br><input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego<br><input type="checkbox"/> zamieszkiwania w oddzielnym pokoju<br><input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze<br><input type="checkbox"/> korzystania z ulg i uprawnień (wskaż jakie)<br>..... |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |

| <b>ZDOLNOŚĆ DO SAMODZIELNEGO FUNKCJONOWANIA</b>                                               |                                                           |                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Wykonywanie czynności samoobsługowych                                                         | <input type="checkbox"/> samodzielnie                     | <input type="checkbox"/> z pomocą <input type="checkbox"/> konieczna opieka          |
| poruszanie się                                                                                | <input type="checkbox"/> samodzielnie                     | <input type="checkbox"/> z pomocą <input type="checkbox"/> konieczna opieka          |
| wspomaganie się przedmiotami ortopedycznymi, środkami pomocniczymi lub technicznymi           | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak | (wymień jakie np. wózek inwalidzki, aparat słuchowy itp.)<br>.....<br>.....<br>..... |
| <b>DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (niepełnoletniego dziecka do 16 roku życia)</b>            |                                                           |                                                                                      |
| 16. Imię                                                                                      | 17. Nazwisko                                              |                                                                                      |
| 18. Numer PESEL                                                                               | 19. Data urodzenia                                        |                                                                                      |
| 20. Miejsce urodzenia                                                                         | 21. Obywatelstwo                                          |                                                                                      |
| 22. Numer telefonu                                                                            | 23. Adres e-mail                                          |                                                                                      |
| 22. Numer telefonu                                                                            | 23. Adres e-mail                                          |                                                                                      |
| 24. Dokument tożsamości:<br>• dowód osobisty seria i nr:.....<br>• paszport seria i nr: ..... |                                                           |                                                                                      |
| <b>ADRES DO KORESPONDENCJI</b>                                                                |                                                           |                                                                                      |
| 25. Miejscowość                                                                               | 26. Kod pocztowy                                          | 27. Poczta                                                                           |
| 29. Ulica                                                                                     | 29. Nr domu/lokalu                                        |                                                                                      |

## OŚWIADCZENIA

1. Dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności:

- ☐ NIE  
☐ TAK (podaj informacje)

Orzeczenie nr: .....

Wydane w dniu: .....

Ważne do: .....

przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w .....

2. Ze względu na stan zdrowia dziecko:

- ☐ MOŻE  
☐ NIE MOŻE PRZYBYĆ na posiedzenie składu orzekającego.

(jeśli nie, należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu trwałej, nierokującej poprawy niezdolności do odbycia podróży).

3. Władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom:

- ☐ TAK (drugi rodzic dziecka) .....

(imię i nazwisko drugiego rodzica dziecka)

\*drugi rodzic/opiekun prawny ma prawo do czynnego udziału na każdym etapie postępowania, wglądu w dokumentację, reprezentacji dziecka podczas komisji lekarskiej, odbiór orzeczenia

- ☐ NIE (wskaż komu przysługuje) .....

(imię i nazwisko rodzica posiadającego pełną władzę rodzicielską)

4. Jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja uznana zostanie za niewystarczającą do wydania orzeczenia, przewodniczący Zespołu zawiadomi na piśmie osobę zainteresowaną o konieczności jej uzupełnienia w wyznaczonym terminie.

Nieuzupełnienie dokumentacji spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.

5. Niestawienie się dziecka z przedstawicielem ustawowym na wyznaczonym posiedzeniu składu orzekającego powoduje pozostawienie sprawy bez rozpoznania, chyba że, niestawienie się zostało usprawiedliwione w ciągu 14 dni od wyznaczonego terminu posiedzenia.  
(§ 7 ust. 6 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności).

6. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania (zgodnie z art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego).

.....  
data

.....  
czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

osoby niepełnoletniej

stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

miejsowość .....

data .....

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia**  
**wydane dla potrzeb zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności**  
(ważne 30 dni od daty wypisania)

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Nr dowodu ..... PESEL .....

- Rozpoznanie choroby zasadniczej: .....

.....  
.....  
.....

- Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji);  
stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowanie choroby:

.....  
.....  
.....

- Uszkodzenia innych narządów i układów, oraz choroby współistniejące:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje; czas trwania; pobyty w szpitalu, sanatorium:

.....  
.....  
.....

- Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

.....  
.....  
.....

- Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie: .....

.....  
.....

- Wykaz wykonanych badań dodatkowych potwierdzających rozpoznanie stanowiących załączniki do niniejszego zaświadczenia

.....  
.....  
.....

- Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia: .....

.....  
.....  
.....

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? data .....

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? data .....

W/w Pan/Pani wymaga/nie wymaga\* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w Pan/Pani jest zdolny/nie jest zdolny\* do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności.

U w/w Pana/Pani nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia od czasu poprzedniego badania przez zespół.  
tak/nie

.....  
pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

\*niepotrzebne skreślić

.....  
miejscowość i data

**Upoważnienie dla pracownika socjalnego  
Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności  
do wglądu w dokumentację orzekanej osoby we właściwym  
Ośrodku Pomocy Społecznej i Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie**

Wyrażam zgodę na wykorzystanie przez pracownika socjalnego zespołu orzekającego, informacji o mojej sytuacji socjalnej zawartych w dokumentacji Ośrodka Pomocy Społecznej i Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie, które mogą być użyteczne przy orzekaniu o stopniu niepełnosprawności i przy określaniu wskazań dotyczących korzystania przeze mnie ze świadczeń, usług oraz ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów, w tym świadczeń pomocy społecznej.

.....  
podpis osoby zainteresowanej

## Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych

Szanowni państwo,

Realizując obowiązek informacyjny, określony w art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych zwane dalej „RODO”), informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołowie, ul. Inwalidów Wojennych 24A, 56-100 Wołów.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych (IOD) - Panią Natalię Wielowiejską. Kontakt z IOD możliwy jest pod adresem e-mail: [kontakt@rodo-leszno.com.pl](mailto:kontakt@rodo-leszno.com.pl) lub listownie na adres siedziby administratora, wskazany powyżej.
3. Państwa dane osobowe są przetwarzane przez administratora na podstawie:
  - a. art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w związku z obowiązującymi przepisami prawa;
  - b. art. 6 ust. 1 lit. e RODO w związku z wykonywaniem zadań realizowanych w interesie publicznym oraz w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi;
  - c. art. 6 ust. 1 lit. b RODO gdy jest to niezbędne w celu realizowania umowy, gdzie stroną jest osoba, której dane dotyczą.
4. Odbiorcami Państwa danych osobowych będą:
  - a. strony postępowania administracyjnego;
  - b. organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów publicznych w zakresie i w celach wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa;
  - c. inne podmioty, z którymi administrator danych osobowych zawarł stosowne umowy powierzenia przetwarzania danych.
5. Państwa dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 3, a następnie, w przypadku materiałów archiwalnych przez czas określony w szczególności w przepisach ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia 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. W niektórych przypadkach okres przechowywania danych może zostać przedłużony na podstawie innych przepisów szczegółowych stanowiących podstawę realizacji zadań.



6. Posiadają Państwo prawo do:
  - a. prawo dostępu do danych osobowych w tym prawo do uzyskania kopii tych danych (zgodnie z art. 15 RODO);
  - b. prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych - w przypadku, gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne (zgodnie z art. 16 RODO);
  - c. prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych w przypadkach określonych w art. 18 RODO
  - d. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania (zgodnie z art. 21 RODO);
  - e. prawo do przenoszenia danych (w sytuacji, gdy: przetwarzania danych odbywa się na podstawie umowy zawartej z osobą, której dane dotyczą; przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody wyrażonej przez tę osobę; przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany);
  - f. prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, gdy przetwarzanie jest oparte o wyrażenie zgody (zgodnie z art. 7 ust. 3 RODO). Cofnięcie zgody nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Organem nadzorczym nad administratorem danych jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, do którego przysługuje prawo wniesienia skargi za każdym razem, gdy w Państwa ocenie dane będą przetwarzane w sposób nieprawidłowy.
8. Podanie przez Państwa danych osobowych jest obowiązkowe w sytuacji, gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, podanie danych osobowych administratorowi ma charakter dobrowolny.
9. Przy przetwarzaniu danych osobowych administrator nie stosuje zautomatyzowanego podejmowania decyzji i profilowania.
10. Administrator nie planuje przekazywać danych do państw trzecich lub organizacji międzynarodowej. Z uwagi jednak na jawność niektórych działań administratora (np. postępowania konkursowe), w niektórych wypadkach dane mogą być dostępne dla odbiorców spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego.