

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																												
PŁEĆ	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																												
PŁEĆ	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 DORECZEŃ 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
CELÓW:**

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:	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	<input type="checkbox"/>

OŚWIADCZENIA:

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

Wniosek składam ze względu na:

Zaznaczyć X

<input type="checkbox"/>	Pierwszy wniosek	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Zmiana stanu zdrowia w trakcie ważności dotychczasowego orzeczenia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ponowne wydanie orzeczenia po upływie ważności dotychczasowego	<input type="checkbox"/>

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.

Spis dokumentów medycznych załączonych do wniosku

(ułożyć według daty sporządzenia)

Nie przyjmujemy oryginałów - wyłącznie kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem.

Lp.	Nazwa dokumentu medycznego	Data sporządzenia

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych na zasadach określonych w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych oraz w ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U 2018r., poz. 1000) w zbiorze danych osobowych prowadzonych przez:

POWIATOWY ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W RAWIE MAZOWIECKIEJ

Celem przetwarzania danych osobowych jest realizowanie przez:

Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Rawie Mazowieckiej

zadań określonych przepisami ustawy z dn. 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 511, z późn. zm.) oraz ustawy z dn. 20 czerwca 1997 r.- Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2017r. poz. 1260)

Jednocześnie oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/ana o:

1. adresie/siedzibie Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności, 96-200 Rawa Mazowiecka, ul. Kościuszki 5 jako administratora moich danych osobowych
2. adresie kontaktowym do Inspektora Ochrony Danych Osobowych;
3. przysługujących mi prawach na podstawie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r, a w szczególności o prawie żądania od administratora dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawie do wniesienia skargi do organu nadzorczego.
4. Zapoznałem się z treścią Klauzuli informacyjnej dotyczącej ochrony danych osobowych.

.....
(podpis pracownika PZOON przyjmującego
oświadczenie)

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

.....
(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* (Dz. U. z 2015 r., poz. 388), 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 wniosek² jest:

.....
(adres miejsca pobytu stałego)

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz. U. z 1997 r., Nr. 88, poz. 553 z późn. zm.) - *kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3* potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

.....
(podpis)

¹ Osoba, której dotyczy wniosek o wydanie orzeczenia.

² Niepotrzebne skreślić.