

.....
miejscowość i data

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności w Płocku**

**WNIOSEK
w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności**

Wniosek składam (zaznaczyć krzyżykiem **tylko** jedno z poniższych):

- po raz pierwszy,
 w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia,
 w związku ze zmianą stanu zdrowia,
 składałem/am wcześniej wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dziecka – niezaliczenie do osób niepełnosprawnych,
 w celu ustalenia czy istnieją znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się - weryfikacja wskazania do karty parkingowej – **dotyczy orzeczeń wydanych przed 01.07.2014 r. (konieczne oświadczenie).**

Dane osobowe dziecka:

Nazwisko	<input type="text"/>
Imię (pierwsze)	<input type="text"/>
Imię (drugie)	<input type="text"/>
PESEL	<input type="text"/>

Data i miejsce urodzenia:

obywatelstwo:

Seria i numer dokumentu tożsamości:

rodzaj dokumentu tożsamości: dowód osobisty, paszport, legitymacja szkolna, odpis skrócony aktu urodzenia

Adres zameldowania dziecka:

bez stałego adresu zameldowania,

.....,
miejscowość ulica, numer domu, numer lokalu

.....,
kod pocztowy poczta gmina

Adres pobytu dziecka (wypełnić, jeśli inny niż adres stałego zameldowania):

.....,
miejscowość ulica, numer domu, numer lokalu

.....
kod pocztowy poczta

Dane osobowe przedstawiciela ustawowego:

Nazwisko																				
Imię (pierwsze)																				
Imię (drugie)																				
PESEL																				

Data i miejsce urodzenia:

obywatelstwo:

Seria i numer dokumentu tożsamości:

rodzaj dokumentu tożsamości: dowód osobisty, paszport

Adres zameldowania/pobytu przedstawiciela ustawowego:

.....,

miejsowość *ulica, numer domu, numer lokalu*

.....,

kod pocztowy *poczta* *gmina*

Adres do korespondencji (wypełnić, jeśli inny niż adres zameldowania/pobytu):

.....,

miejsowość *ulica, numer domu, numer lokalu*

.....,

kod pocztowy *poczta* *numer telefonu*

.....,

adres email *adres skrzynki do doręczeń elektronicznych*

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> zasiłek pielęgnacyjny, | <input type="checkbox"/> uzyskanie przez opiekuna urlopu wychowawczego |
| <input type="checkbox"/> świadczenie pielęgnacyjne, | w dodatkowym wymiarze, |
| <input type="checkbox"/> zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju, | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) |
| <input type="checkbox"/> korzystanie z karty parkingowej, | |
- cel podstawowy(określić jeden z powyższych):

Dane dotyczące sytuacji społecznej dziecka:

Dziecko uczęszcza do:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> żłobka, | <input type="checkbox"/> szkoły integracyjnej, |
| <input type="checkbox"/> przedszkola ogólnodostępnego, | <input type="checkbox"/> oddziału integracyjnego, |
| <input type="checkbox"/> przedszkola integracyjnego, | <input type="checkbox"/> szkoły specjalnej, |
| <input type="checkbox"/> przedszkola specjalnego, | <input type="checkbox"/> oddziału specjalnego, |
| <input type="checkbox"/> szkoły ogólnodostępnej, | <input type="checkbox"/> szkoły specjalnej z internatem, |
| <input type="checkbox"/> szkoły ogólnodostępnej z internatem, | <input type="checkbox"/> ośrodka szkolno-wychowawczego. |

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że dziecko **posiada/nie posiada*** orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez **Powiatowy/Wojewódzki*** Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w:

data wydania:

wynik komisji:

2. Dziecko **pobiera/nie pobiera/pobierało*** zasiłek pielęgnacyjny do dnia

3. **Składano/nie składano*** uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, kiedy?
z jakim skutkiem?

4. Oświadczam, że dziecko **może/nie może*** przybyć na badanie przedmiotowe. **Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby.**

5. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza, **jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**

6. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o niepełnosprawności, przewodniczący Zespołu zawiadamia na piśmie o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.

7. **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 (Dz. U. 2024 poz. 572)

§ 1. *W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swego adresu.*

§ 2. *W razie zaniedbania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.*

8. **Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

Art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. 2024 poz. 17)

§ 1. *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.*

§ 2. *Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.*

9. **Wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności jest autentyczna i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów.**

Art. 270 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. 2024 poz. 17)

§ 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, zaopatrzony cudzym podpisem, niezgodnie z wolą podpisanego i na jego szkodę albo takiego dokumentu używa.*

.....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

* niewłaściwe skreślić

KLAUZULA INFORMACYJNA
dotycząca przetwarzania danych osobowych

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r.), dalej zwanego „RODO”, Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Płocku informuje, że:

- 1. Dane administratora**
Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Płocku z siedzibą przy ul. Zgliczyńskiego 4.
- 2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych osobowych**
Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym kontakt jest możliwy za pomocą poczty elektronicznej pod adresem: iod@mopsplock.eu.
- 3. Cele przetwarzania i podstawa prawna**
Pani/Pana dane będą przetwarzane ze względu na konieczność wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze w związku z realizacją przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r., poz. 100), a więc w celu wykonywania obowiązków prawnych – art. 6 ust. 1 lit. c RODO, art. 9 ust. 2 lit b RODO. Podstawę prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych stanowią przepisy ww. ustawy.
- 4. Zakres przetwarzanych danych osobowych**
Zakres danych osobowych wynika z wypełnionego przez Panią/Pana wniosku oraz informacji przedłożonych w toku postępowania. Zakres ten znajduje odzwierciedlenie w odpowiednich przepisach ww. ustawy i jest niezbędny do jej wykonania.
- 5. Podmioty, którym dane mogą zostać udostępnione lub powierzone**
Podmioty i organy, którym Administrator jest zobowiązany lub upoważniony udostępnić dane osobowe na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa (w szczególności: instytucje pomocy społecznej, organy nadrzędne, organy wymiaru sprawiedliwości, itp.). Podmioty upoważnione na podstawie odrębnych porozumień w zakresie wykonywania czynności zmierzających do realizacji celów wynikających z odrębnych umów z nimi zawartych (powierzenie).
- 6. Okres przechowywania danych**
Dane osobowe będą przetwarzane nie dłużej niż do końca realizacji wskazanych powyżej celów przetwarzania, z zastrzeżeniem, że okres przechowywania danych osobowych może zostać każdorazowo przedłużony o okres przewidziany przepisami powszechnie obowiązującego prawa.
- 7. Prawa osób, których dane dotyczą**
W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługuje Państwu prawo do:
 - a) dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii,
 - b) sprostowania (poprawienia swoich danych),
 - c) uzupełnienia swoich danych,
 - d) ograniczenia przetwarzania,
 - e) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
- 8. Informacje o wymogu podania danych**
Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne do realizacji zadań Administratora wynikających z treści ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Ich niepodanie uniemożliwi przeprowadzenia postępowania.
- 9. Przekazanie danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej**
Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazane poza Europejski Obszar Gospodarczy lub organizacji międzynarodowej.
- 10. Sposób przetwarzania**
Pani/Pana dane osobowe mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.
- 11. Dodatkowa informacja**
Informujemy również, że Administrator dokłada wszelkich starań, aby zapewnić niezbędne środki fizycznej, technicznej i organizacyjnej ochrony danych osobowych przed ich przypadkowym lub umyślnym zniszczeniem, przypadkową utratą, zmianą, nieuprawnionym ujawnieniem, wykorzystaniem czy dostępem, zgodnie ze wszystkimi obowiązującymi przepisami prawa.

UWAGA:

Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności należy złożyć:

- ✓ Czytelnie podpisany przez przedstawiciela ustawowego oryginał powyższego wniosku (**dokładnie wypełnić każdą rubrykę**).
- ✓ Oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia dziecka wydanego dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności (**dokument jest ważny przez 30 dni od daty wystawienia przez lekarza**).
- ✓ Kserokopie (**poświadczone za zgodność z oryginałem**) wszelkiej dokumentacji potwierdzającej niepełnosprawność dziecka i mogącej mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności, np.: karty informacyjne z leczenia szpitalnego, historie choroby, badania specjalistyczne, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie. /kserokopia dokumentacji medycznej poświadczona za zgodność z oryginałem powinna zawierać: oznaczenie organu (pieczęć nagłówkowa), pieczęć urzędową „za zgodność z oryginałem”, czytelny podpis osoby upoważnionej do jej poświadczenia lub skrócony podpis (parafka) w przypadku postawienia pieczęci imiennej z pełnioną funkcją lub stanowiskiem przez upoważnionego pracownika/