

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nr sprawy.....

Toruń, dnia

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia dziecka

Nr PESEL dziecka

Adres zamieszkania dziecka

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka

Adres do korespondencji

Numer telefonu.....

**Do
Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania
o Stopniu Niepełnosprawności
w Toruniu ul. Towarowa 4-6**

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

- zasiłku pielęgnacyjnego,
- świadczenia pielęgnacyjnego,
- korzystania z ulg i uprawnień na podstawie przepisów odrębnych,
- korzystania z rehabilitacji społecznej (turnusy rehabilitacyjne itp.),
- korzystania z programów Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
- inne

Oświadczam, że :

1. dziecko pobiera / pobierało zasiłek pielęgnacyjny,
2. składano / nie składano uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności kiedy?z jakim skutkiem?
3. dziecko może / nie może przybyć na badanie przedmiotowe (jeśli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej choroby lub nie rokującej poprawy choroby)
4. w razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy / a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Oświadczam, że:

1. Mogę/ nie mogę* przybyć na posiedzenie składu orzekającego. (Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby.)
2. Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na przetwarzanie udostępnionych danych dotyczących: numeru telefonu podanego w niniejszym wniosku w celu otrzymywania w ten sposób informacji dotyczących wydania orzeczenia o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności.

Zostałem poinformowany/a o prawie do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych dotyczących: numeru telefonu w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pana/i zgody przed jej wycofaniem.

* odpowiednio zaznaczyć

INFORMACJA
O ZAKRESIE OPIEKI I PIELEGNACJI SPRAWOWANEJ NAD DZIECKIEM

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia

Miejsce zamieszkania

Adres do korespondencji

Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji :

- 1. dziecko jest leżące, porusza się samodzielnie, o kulach, na wózku inwalidzkim, z pomocą drugiej osoby,**
- 2. przyjmuje pokarmy samodzielnie, jest karmione, przez drugą osobę, wymaga stosowania specjalnej diety (jakiej ?).....**
.....
- 3. rodzaj ograniczenia innych czynności (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych).....**
.....
.....
- 4. rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia**
.....
.....
- 5. rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno-leczniczych wykonywanych w domu i poza domem, w ciągu dnia, tygodnia, miesiąca.....**
.....
- 6. częstotliwość wizyt lekarskich w domu, poza domem, w tygodniu, w miesiącu,**
.....
.....
- 7. Inne informacje o stanie zdrowia dziecka**
.....

II. Sytuacja społeczna dziecka:

1. dziecko uczęszcza, nie uczęszcza do przedszkola :
ogólnodostępnego, integracyjnego, specjalnego,
w wymiarze.....godzin dziennie, tygodniowo,
2. Dziecko uczęszcza do szkoły ogólnodostępnej, integracyjnej, specjalnej – samodzielnie, niesamodzielnie,
w wymiarzegodzin dziennie, tygodniowo,
Korzysta , nie korzysta z nauczania indywidualnego
w wymiarzedziennie, tygodniowo:
3. Korzysta , nie korzysta ze świetlicy szkolnej, stołówki szkolnej.
4. Dodatkowe uwagi opiekuna.....
.....

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Data.....

.....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

* niepotrzebne skreślić.

KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/W (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, RODO), informuję, iż:

1. **Administratorem Twoich danych osobowych jest Przewodniczący Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności** z siedzibą w Toruniu ul. Towarowa 4-6, 87 - 100 Toruń, dane kontaktowe Administratora danych: tel.: 56 6628762, e-mail: e.trawinska@powiattorunski.pl.
2. **Inspektorem Ochrony Danych jest Paula Klugiewicz**, Starostwo Powiatowe w Toruniu, ul. Towarowa 4-6, 87 - 100 Toruń. **Dane kontaktowe Inspektora:** iod2@powiattorunski.pl
3. Możesz kontaktować z nami w następujący sposób: listownie (na adres Administratora), e-mailowo i telefonicznie (podane w punkcie 1 i 2).
4. **Twoje dane osobowe przetwarzane będą w celu:**
 - **wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**, uzyskania ulg i uprawnień na podstawie obowiązku wynikającego z art. 6 i 6b ust. 1 oraz art. 6d ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. 2019, poz. 1172.), § 6 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. 2018, poz. 2027), rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 r. w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16 roku życia (Dz. U. 2002, Nr 17, poz. 162 z późn. zm.), rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2007 r. w sprawie wykonywania badań specjalistycznych na potrzeby orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. 2007, Nr 250, poz. 1875) oraz art. 6 ust 1 lit c, art. 9 ust. 2 lit. b, art. 10 RODO.
 - **wydania legitymacji dokumentującej niepełnosprawność lub stopień niepełnosprawności (LON)** na podstawie obowiązku wynikającego z art. 6 ca ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. 2019, poz. 1172.), § 35 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności oraz art. 6 ust 1 lit c, art. 9 ust. 2 lit. b RODO.
 - **wydania karty parkingowej dla osoby niepełnosprawnej lub placówki**, na podstawie obowiązku wynikającego z art. 8 ustawy Prawo o ruchu drogowym (t. j. Dz. U. 2018, poz. 1990 z późn. zm.), rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2014 r. w sprawie wzoru oraz trybu wydawania i zwrotu kart parkingowych (Dz. U. 2016, poz. 1438), rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 czerwca 2014 r. w sprawie rodzaju placówek uprawnionych do uzyskania karty parkingowej (Dz. U. 2014, poz. 818), rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2014 r. w sprawie wysokości opłaty za wydanie karty parkingowej oraz warunków dystrybucji blankietów kart parkingowych (Dz. U. 2014, poz. 843), oraz art. 6 ust 1 lit c, art. 9 ust. 2 lit. b RODO.
5. Podanie Twoich danych osobowych jest wymogiem ustawowym, jest obowiązkowe.
6. Odbiorcami Twoich danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
7. Twoje dane osobowe przetwarzane będą przez okres wskazany w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t. j. . Dz. U. z 2019 r. poz.1172.) , gdy dotyczy:
 - wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – 50 lat,
 - wydania legitymacji dokumentującej niepełnosprawność lub stopień niepełnosprawności - 50 lat,
 - wydania karty parkingowej dla osoby niepełnosprawnej lub placówki – 50 lat,a następnie zostaną usunięte.
8. W związku z przetwarzaniem Twoich danych osobowych przez Administratora masz prawo do:
 - dostępu do treści Twoich danych, na podstawie art. 15 RODO;
 - sprostowania Twoich danych, na podstawie art. 16 RODO;
 - usunięcia Twoich danych, na podstawie art. 17 RODO, jeżeli:
 - Twoje dane osobowe przestaną być niezbędne do celów, w których zostały zebrane lub w których były przetwarzane,
 - Twoje dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z prawem,
 - ograniczenia przetwarzania Twoich danych, na podstawie art. 18 RODO;
9. Przysługuje Ci skarga do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznasz, że przetwarzanie Twoich danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
10. Twoje dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

**Wraz z wnioskiem należy złożyć dokumentację medyczną
zgodnie z poniższą informacją**

Informacja !

W dniu składania wniosku należy złożyć:

1. **Zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza leczącego rodzinnego lub specjalistę (oryginał obowiązującego druku),
Zaświadczenie zachowuje ważność 30 dni - od daty wystawienia do dnia złożenia w Powiatowym Zespole ds. Orzekania**
2. **Oryginały lub kopie dokumentacji medycznej** (zgodnie z art. 76a kpa - kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem na każdej stronie dokumentu przez podmiot, który dokument wytworzył, tj. np. historię choroby – potwierdza osoba uprawniona z poradni będącej w posiadaniu tej dokumentacji lub przez osobę uprawnioną do takiego potwierdzenia tj. notariusza albo przez występującego w sprawie pełnomocnika strony będącego adwokatem, radcą prawnym, rzecznikiem patentowym lub doradcą podatkowym) **umożliwiające ustalenie niepełnosprawności, daty powstania niepełnosprawności i symbolu niepełnosprawności, itd.**

Dokumentację medyczną stanowią: historie chorób z poradni specjalistycznych i POZ, karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań specjalistycznych (np.: badanie wzroku - dno oka, pole widzenia; badanie słuchu; rezonans magnetyczny, opisy do zdjęć rtg), aktualne wyniki testów psychologicznych oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na rozpatrzenie sprawy, np. opinie, orzeczenia.

Potwierdzenia za zgodność z oryginałem kserokopii dokumentu (*karty informacyjnej leczenia szpitalnego, wyniku badania*), **który pozostaje w dokumentacji Zespołu może także dokonać pracownik przyjmujący wniosek, jeżeli przy składaniu wniosku zostanie przedstawiony oryginał dokumentu.**

Przy dokonywaniu oceny o zaliczaniu do osób niepełnosprawnych przez skład orzekający będą uwzględniane tylko oryginały lub kopie dokumentacji medycznej potwierdzone za zgodność z oryginałem.

Kserokopie dokumentacji medycznej nie potwierdzone za zgodność z oryginałem, zgodnie z obowiązującymi przepisami, mogą posłużyć jako materiał pomocniczy przy wydawaniu oceny, ale nie decydują o zaliczaniu do niepełnosprawności.

3. W celu kontynuacji niepełnosprawności nowy wniosek o wydanie orzeczenia składa się **nie wcześniej niż 30 dni** przez utratą ważności **posiadanego orzeczenia.**
4. Przy kolejnym składaniu wniosku o wydanie orzeczenia należy dołączyć **oryginały lub kopię dokumentacji medycznej zgrupowanej po dacie wydania ostatniego orzeczenia**, potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez podmiot, który wydał dokument lub przez osoby uprawnione do takiego potwierdzenia (z imienia i nazwiska).
5. Jeżeli wnioskodawca był orzekany w innym Zespole lub był orzekany w Wojewódzkim Zespole ds. Orzekania bądź w Sądzie - **prosimy załączyć kopię posiadanego orzeczenia lub wyroku.**

.....

Podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

*Niepotrzebne skreślić

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności
(dotyczy osób do 16-tego roku życia)**

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

- 1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.**

- 2. Przebieg schorzenia podstawowego.**

- 3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące.**

- 4. Rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja.**

- 5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny ewentualne potrzeby w tym zakresie.**

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