**WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

**(dla osób poniżej 16 roku życia)**

**Wniosek składam** (właściwe zaznaczyć X):

**[ ]** 1. O wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla osób, które nie posiadają orzeczenia o niepełnosprawności

[ ]  2. O wydanie orzeczenia o ponowne ustalenie niepełnosprawności dla osób które posiadają orzeczenie
o niepełnosprawności z określoną datą ważności

[ ]  3. O wydanie orzeczenia o ponowne wydanie orzeczenia uwzględniającego zmianę stanu zdrowia, dla osób posiadających orzeczenie, które ubiegają się o orzeczenie z tytułu zmiany stanu zdrowia

1. **Dane osoby zainteresowanej:**

Imię/imiona i nazwisko dziecka :............................................................................................................................................................

Data i miejsce urodzenia dziecka: .............................................................................. PESEL :……………….....................................

Dokument potwierdzający tożsamość dziecka …………………....................................., telefon opiekuna:........................................

Imię/imiona i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka: ……………………………………………………………………………….

Adres zameldowania dziecka na pobyt stały: .......................................................................................................................................

Adres pobytu dziecka: ..........................................................................................................................................................................

Adres do korespondencji: …………………….........................................................................................................................................

**Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, w celu:** (właściwe zaznaczyć X )

[ ]  1. Zasiłek pielęgnacyjny,

[ ]  2. Świadczenie pielęgnacyjne,

[ ]  3. Inne, jakie …………………………………………………………………………………………………………………………………,

 **oraz uzyskania wskazań dotyczących w szczególności:**

[ ]  4.Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie,

[ ]  5. Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki,

[ ]  6. Prawo do zamieszkania w oddzielnym pokoju,

[ ]  7. Inne ...........................................................................................................................................................................................

**GŁÓWNY CEL WNIOSKU** (tylko jeden pkt) **nr:** ………......

1. **Uzasadnienie wniosku:**
2. **Sytuacja społeczna: stan rodzinny** (odpowiednie zaznaczyć X i uzupełnić):

[ ]  pełna, liczba dzieci w rodzinie ……………………………

[ ]  niepełna, liczba dzieci w rodzinie ………………………..

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 wymiarze ................ godzin dziennie/tygodniowo\*
3. korzysta/nie korzysta\* z nauczania indywidualnego w wymiarze ........................ godzin dziennie/tygodniowo\*
4. korzysta/nie korzysta\* ze świetlicy szkolnej/stołówki szkolnej\*

2**. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji**

1. dziecko jest leżące/porusza się samodzielnie/porusza się o kulach/na wózku inwalidzkim/z pomocą drugiej osoby\*
2. przyjmuje pokarmy samodzielnie / jest karmione przez drugą osobę / wymaga stosowania diety (jakiej)\* ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. rodzaj ograniczenia innych czynności (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych) ………………………………………………………………………………………………………………………………….........

……………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia ………………………………………………………………………………………………………………………………………..
2. rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno - leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia, tygodnia, miesiąca ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. częstotliwość wizyt lekarskich w domu, poza domem, w tygodniu, w miesiącu ….…………………………………………………………………………………………………………………….........................

………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Oświadczam, że:**
	1. Składałem/ nie składałem\* uprzednio wniosek o ustalenie niepełnosprawności. Jeżeli tak, to kiedy….............................r., z jakim skutkiem ...........................................................................................................................................................................................
	2. Dziecko może/nie może\* przybyć na posiedzenie składu orzekającego. Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nierokującej poprawy choroby.
	3. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w mojej sprawie*(art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego,* (*Dz.U. z 2021 r.. poz. 735, ze. zm.)*
	4. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajanie prawdy, *art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (Dz.U. z 2021 r. poz. 2345 ze zm. ).*
	5. Oświadczam, że wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia niepełnosprawności jest autentyczna i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów(art. 270 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny(*Dz.U. z 2021r. poz. 2345, ze zm.).*

 …………………….............................................................................................

 Data i podpis przedstawiciela ustawowego

 \*niepotrzebne skreślić

**Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności należy złożyć:**

1. Czytelnie podpisany oryginał powyższego wniosku **(dokładnie wypełnić każdą rubrykę),**
2. Oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wydanego dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności **(dokument jest ważny przez 30 dni od daty wystawienia przez lekarza),**
3. Kserokopie wszelkiej dokumentacji, potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności np. karty informacyjne leczenia szpitalnego, konsultacje specjalistyczne, historia choroby, opinie, opis zdjęć RTG, EKG, EEG itp. –**przyjmowane są oryginały lub kserokopie wraz z oryginałami do potwierdzenia zgodności** lub kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez np. placówkę służbę zdrowia,
4. Kserokopie poprzednich orzeczeń (jeżeli takie były).

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwanym dalej Rozporządzenie RODO), informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Janowie Lubelskim.
2. Ma Pani/Pan prawo kontaktu z Inspektorem Ochrony Danych (IOD) Jerzy Rząd za pomocą adresu e-mail: jrzad@powiatjanowski.pl.oraz pod numerem telefonu 15 8725467
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rejestracji, analizy i realizacji wniosków o wydanie orzeczenia
o niepełnosprawności oraz stopniu niepełnosprawności, wydawania legitymacji osoby niepełnosprawnej oraz karty parkingowej.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest:
* w przypadku ubiegania się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności oraz orzeczenia o stopniu niepełnoprawności – Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
* w przypadku ubiegania się o wydanie legitymacji osoby niepełnosprawnej - Ustawa o rehabilitacji zawodowej
i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy
i Polityki Społecznej w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności,
* w przypadku ubiegania się o wydanie karty parkingowej Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej
w sprawie wzoru oraz trybu wydawania i zwrotu kart parkingowych
* art. 6 ust. 1 lit. e RODO (przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi),
* art. 9 ust. 2 lit. b, c, j RODO (przetwarzanie szczególnej kategorii danych osobowych).
1. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa,
a także podmioty, którym na podstawie zawartej umowy powierzono przetwarzanie danych osobowych.
2. Dane osobowe, po zrealizowaniu celu dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane w celach archiwalnych
i przechowywane przez okres niezbędny wynikający z przepisów prawa w szczególności dotyczących archiwizowania dokumentów obowiązujących u Administratora.
3. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych umożliwiających identyfikację, jest wymogiem wynikającym
z przepisów prawa, jeśli Administrator tych danych nie będzie posiadał, sprawa nie będzie mogła zostać rozpatrzona.
4. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
5. Przysługuje Pani/Panu prawo żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych oraz
ich prostowania.
6. Przysługuje Pani/Panu także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia.
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z przysługującymi mi prawami.

 ....................................................................................
 *Data i podpis osoby składającej oświadczenie*