





## Sytuacja społeczna i rodzinna dziecka:

**Warunki mieszkaniowe** .....

(określić jakie, np.: dobre, złe, średnie, niedostosowane do potrzeb osoby niepełnosprawnej)

**Liczba osób zamieszkujących razem:** .....

( należy podać liczbę osób wspólnie prowadzących gospodarstwo domowe, nie wliczając dziecka)

## **Zdolność do samodzielnego funkcjonowania<sup>6</sup>:**

	samodzielnie	z pomocą	pod opieką
Wykonywanie czynności samoobsługowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poruszanie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:**<sup>7</sup>  nie  tak, jeśli tak, wymienić: .....

**Dziecko**  nie uczęszcza/ uczęszcza<sup>8</sup> do placówki oświatowej (np. żłobek, przedszkole, szkoła,

jakiej?): .....

## Oświadczenia:

1. **W imieniu dziecka**  nie składano/ składano<sup>9</sup> wniosek w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności w dniu .....

**Dziecko**  nie posiada/ posiada<sup>10</sup> orzeczenie o niepełnosprawności,

wydane w dniu ....., ważne do dnia .....

2. **Dziecko**  może/ nie może<sup>11</sup> przybyć na posiedzenie składu orzekającego

(jeśli nie, należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby).

3. Aktualnie **toczy / nie toczy**<sup>12</sup> się w sprawie dziecka postępowanie przed innym organem orzecznictwem (np. ZUS, KRUS, Sąd Pracy, Wojewódzkim Zespołem) podać jakim.....

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

5. W razie stwierdzonej przez skład orzekający konieczności wykonania dodatkowych, bezpłatnych badań specjalistycznych, w tym psychologicznych w Wojewódzkim Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Krakowie (w chwili, gdy dokumentacja medyczna jest niewystarczająca do

<sup>6-11</sup> Jedno właściwe zaznaczyć krzyżykiem

<sup>12</sup> Niewłaściwe skreślić

pełnej oceny stanu mojego zdrowia ) jestem świadomy/a wymogu ich wykonania oraz ponoszenia kosztów dojazdu we własnym zakresie.

6. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie ( art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego).
7. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy wynikającej z art. 233 § 1 *Kodeksu karnego* oświadczam, że dane zawarte w powyższym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

### **Załączniki:**

1. *Dokumentacja medyczna*
2. *Zaświadczenie lekarskie zawierające opis stanu zdrowia, wydane nie wcześniej, niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku przez lekarza, pod którego opieką lekarską znajduje się dziecko*
3. *Inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności (wymienić):*

.....  
.....

Oświadczam, że **wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody**<sup>13</sup> na poinformowanie mnie o terminie posiedzenia składu orzekającego dla dziecka w terminie krótszym niż 7 dni.

Podpis osoby składającej wniosek <sup>14</sup>

.....

### **Dotyczy wniosków składanych za pośrednictwem Instytucji Pomocy Społecznej**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na złożenie wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności przez.....

.....  
podpis pracownika socjalnego

.....  
podpis przedstawiciela ustawowego

---

<sup>13</sup> *Niewłaściwe skreślić*

<sup>14</sup> *Podpis osoby zainteresowanej lub, jeżeli nie posiada ona zdolności do czynności prawnych, jej przedstawiciela ustawowego; w przypadku składania wniosku przez ośrodek pomocy społecznej na podstawie art. 6b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych należy przedstawić dowód wyrażenia zgody przez osobę zainteresowaną lub jej przedstawiciela ustawowego*

## Do wniosku należy dołączyć:

1. Zaświadczenie wydane przez lekarza prowadzącego, które ważne jest **30 DNI OD DATY WYSTAWIENIA**.
2. Ksero potwierdzonej za zgodność z oryginałem dokumentacji medycznej- zgodnie z § 6.2. rozporządzenia MGPIPS z dnia 15 lipca 2003 w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności
  - a. Kserokopie kart informacyjnych leczenia szpitalnego
  - b. Wyniki badań diagnostycznych,
  - c. Aktualne opinie psychologiczne ( ważne są 2 lata),
  - d. Orzeczenia o potrzebie kształcenia indywidualnego lub specjalnego,
  - e. Ksero kartoteki z Poradni Rejonowej oraz z Poradni Specjalistycznej,
  - f. Inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności, a zwłaszcza okresu jej powstania

DOKUMENTY PROSZĘ PRZYGOTOWAĆ CHRONOLOGICZNIE, UŁOŻYĆ WEDŁUG DATY. ORYGINAŁY NALEŻY PRZEDŁOŻYĆ DO WGLĄDU.

*Jeżeli nie ma możliwości stwierdzenia dokumentacji medycznej za zgodność z oryginałem, proszę dostarczyć oryginalną dokumentację wraz z kserokopią ww. dokumentacji.*

3. Dokument potwierdzający tożsamość dziecka (akt urodzenia dziecka, legitymacja szkolna, dowód osobisty, paszport) oraz dowód osobisty opiekuna prawnego lub potwierdzenie zameldowania ( w przypadku, gdy zameldowanie jest pod innym adresem niż podany w dowodzie osobistym)
4. Ksero poprzedniego orzeczenia o niepełnosprawności.
5. Opinia o uczniu wypełnia pedagog lub wychowawca szkolny  
Wniosek wraz z dokumentacją należy złożyć **OSOBIŚCIE** w Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Suchej Beskidzkiej, ul. Mickiewicza 31. Istnieje możliwość pisemnego upoważnienia innej osoby do złożenia wniosku. Osoba upoważniona, oprócz dokumentów, o których mowa wyżej, winna okazać swój dokument tożsamości.

**GODZINY PRZYJĘĆ: Poniedziałek- Piątek 7.00-15.00, pokój nr 10**

Dodatkowe informacje można uzyskać pod numerem tel. **033 873-20-63** lub na stronie internetowej **[www.pcpr.sucha.beskidzka.pl](http://www.pcpr.sucha.beskidzka.pl)**

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

1. *Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Suchej Beskidzkiej, przy ul. Kościelna 5b.*
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować pisemnie na adres e-mail: *info@pcpr.suchabeskidzka.pl* lub telef. 33/874 40 31.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Suchej Beskidzkiej - na podstawie art 6 ust. 1 lit c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., na podstawie art 9 ust. 2 lit g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz art 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych ( tj. Dz. U. z 2018 r., poz. 511).
4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z rzeczowym wykazem akt.
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (*\*jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody*), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r..
8. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie nierozpatrzenie wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności/ o stopniu niepełnosprawności.

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z treścią klauzuli informacyjnej.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis)