

WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

PIERWSZORAZOWY POWTÓRNY W ZWIĄZKU ZE ZMIANĄ STANU ZDROWIA*

Nr akt : Nr sprawy:

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia

Numer PESEL dziecka.....leg. szkolnej/aktu urodzenia

Adres zamieszkania dziecka

Adres pobytu dziecka

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka

Nr telefonu:

Do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Kaliszu

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

- zasiłku pielęgnacyjnego,
- świadczenia pielęgnacyjnego,
- karty parkingowej,
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
- uzyskania urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
- inne (wymienić jakie).....

Oświadczam, że :

1. dziecko pobiera / pobierało zasiłek pielęgnacyjny do
2. dziecko pobiera / pobierało świadczenie pielęgnacyjne do
3. dziecko uczęszcza do : przedszkola, szkoły ogólnodostępnej / specjalnej *
4. dziecko objęte jest nauczaniem indywidualnym / specjalnym *
5. składano / nie składano* uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, kiedy.....z jakim skutkiem
6. dziecko może /nie może * przybyć na badanie przedmiotowe (jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie poświadczające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby),
7. w razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania dodatkowych badań, 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.
8. zobowiązuję się do informowania Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności o każdej zmianie adresu zamieszkania lub miejsca pobytu.

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

.....
Podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

* właściwe zaznaczyć

Do wniosku należy dołączyć:

- 1.zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane przez lekarza, pod którego opieką lekarską znajduje się osoba zainteresowana, (ważne przez 30 dni od daty wystawienia).
- 2.posiadaną dokumentację medyczną w oryginale lub w kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem

Klauzula informacyjna

Ogólna klauzula informacyjna:

W związku z realizacją wymogów 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 – RODO), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Kaliszu z siedzibą w Kaliszu, przy ul. Staszica 47A, 62-800 Kalisz, e-mail: biuro@orzecznictwo.kalisz.pl
2. Współadministratorami danych zgromadzonych w systemie informatycznym służącym do realizacji zadania są: Pełnomocnik Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych, ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa, Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego, ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.
3. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Kaliszu możliwy jest pod adresem e-mail: iod@orzecznictwo.kalisz.pl
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wydawania orzeczeń o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności na podstawie:
 - Art 6 ust. 1 lit. e oraz art. 9 ust 2 lit. h – Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych z dnia 27 kwietnia 2016 r., w związku z:
 - Ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych
 - Ustawą z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa.
6. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez 50 lat.
7. Posiada Pani/Pan prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania.
8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe, gdy przesłanką przetwarzania danych jest przepis prawa lub zawarta między stronami umowa.
10. Administrator nie będzie przetwarzać danych osobowych w innym celu niż cel, w którym dane osobowe zostały zebrane na podstawie przepisów prawa.
11. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcy w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej.
12. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają profilowaniu.
13. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

.....
(data i podpis osoby, której dane dotyczą lub
przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego)