

Adnotacje urzędowe (wypełnia pracownik PZON):
(pieczęć organu z datą wpływu podania)

Numer sprawy: PZON.....
Poprzedni numer sprawy: PZON
☐ sprawdzono z dokumentem potwierdzającym tożsamość
☐ sprawdzono w bazie ogólnopolskiego systemu EKSMOoN
☐ wprowadzono do bazy systemu EKSMOoN

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI¹

Jako przedstawiciel ustawy dziecka² wnoszę o (proszę wstawić wyłącznie JEDEN znak "x" w odpowiednie miejsce):

WYDANIE ORZECZENIA PO RAZ PIERWSZY (dotyczy dziecka, w stosunku, do którego nie ubiegano się dotychczas o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności)	
PONOWNE WYDANIE ORZECZENIA - W ZWIĄZKU Z ZAISTNIAŁĄ ZMIANĄ STANU ZDROWIA (dotyczy dziecka posiadającego ważne [ostateczne i prawomocne] orzeczenie o niepełnosprawności, które [poprzez przedstawiciela ustawowego] ubiega się o jego zmianę [tj.: w trakcie ważności poprzedniego orzeczenia])	
PONOWNE WYDANIE ORZECZENIA (dotyczy dziecka, którego ważność poprzedniego orzeczenia upłynęła lub upłynie w ciągu najbliższych 30 dni) ³	

DANE OSOBOWE DZIECKA (w stosunku, do którego ma zostać wydane orzeczenie)

Imię (imiona) i nazwisko:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia: Obywatelstwo.....

Adres miejsca zameldowania (na pobyt stały)⁴:
(w kolejności: kod pocztowy; miejscowość, ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

Adres miejsca pobytu:
(w kolejności: kod pocztowy; miejscowość, ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

Nazwa, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość⁶:

Numer ewidencyjny PESEL:

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (OPIEKUNA PRAWNEGO) DZIECKA

Imię (imiona) i nazwisko:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia: Obywatelstwo.....

Adres miejsca zameldowania (na pobyt stały)⁴:
(w kolejności: kod pocztowy; miejscowość, ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

Adres miejsca pobytu:
(w kolejności: kod pocztowy; miejscowość, ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

Adres do korespondencji⁷:
(w kolejności: kod pocztowy; miejscowość, ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

Nazwa, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość⁶:

Numer ewidencyjny PESEL:

Posiadany numer telefonu :

¹ Pojęcie „dziecko” dotyczy poniżej 16-go roku życia.

² Umocowanie do działania w imieniu dziecka posiada -zgodnie z art. 98 § 1 ustawy z dnia 25 lutego 1964r. - Kodeks rodzinny i opiekuńczy (tekst jedn. Dz. U. z 2020 r. poz. 1359 z późn. zm.): rodzic. Umocowanie do działania w imieniu dziecka może wynikać również z orzeczenia sądu.

³ Wniosek należy złożyć nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego ostatecznego i prawomocnego orzeczenia.

⁴ Pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania

⁵ Adres miejsca pobytu należy wypełnić wyłącznie w przypadku osób (właściwą rubrykę zaznaczyć stawiając w polu: „☐” wyłącznie jeden znak: „☒”):

- 1) ☐ bezdomnych;
- 2) ☐ przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych;
- 3) ☐ przebywających w zakładach karnych lub poprawczych;
- 4) ☐ przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

⁶ Dokumentami potwierdzającymi tożsamość są: dowód osobisty/paszport.

⁷ W przypadku zbieżności adresu korespondencyjnego z adresem miejsca stałego pobytu/miejsca pobytu należy wpisać skrót : „jw”

**DO POWIATOWEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
W DĄBROWIE GÓRNICZEJ (zwanego dalej: PZON w Dąbrowie Górniczej)**

Zwracam się z wnioskiem o wydanie w stosunku do dziecka orzeczenia o niepełnosprawności dla celów (proszę wstawić znak: „x” odpowiednie miejsca):

1.		Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
2.		Uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego
3.		Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne
4.		Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (usługi socjalne, opiekuńcze, terapeutyczne i rehabilitacyjne świadczone przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki)
5.		Uzyskanie przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
6.		Zamieszkania w oddzielnym pokoju (tj.: dodatek mieszkaniowy)
7.		Korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 2 - ustawy z dnia 20 czerwca 1997r. Prawo o ruchu drogowym (tj.: karta parkingowa)
8.		Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
9.		Innych (wymienić jakich):

CEL PODSTAWOWY ZŁOŻENIA WNIOSKU (wpisać w polu „☐” JEDEN numer : od 1. do 9.): ☐

SYTUACJA SPOŁECZNA DZIECKA (właściwą rubrykę zaznaczyć stawiając w polu: „☐” znak: „x”)

Dziecko:

1. ☐ nie uczęszcza / ☐ uczęszcza w wymiarze:godzin tygodniowo do przedszkola:
 - a) ☐ ogólnodostępnego,
 - b) ☐ integracyjnego,
 - c) ☐ specjalnego.
2. ☐ nie uczęszcza / ☐ uczęszcza w wymiarze:godzin tygodniowo do klasy (od: I do: VIII):..... szkoły podstawowej
 - a) ☐ ogólnodostępnej,
 - b) ☐ integracyjnej,
 - c) ☐ specjalnej.
3. ☐ nie korzysta / ☐ korzysta z nauczania indywidualnego w wymiarze:.....godzin tygodniowo.
4. ☐ nie korzysta / ☐ korzysta ze świetlicy szkolnej
5. ☐ nie korzysta / ☐ korzysta ze stołówki szkolnej.

1. Dziecko:

- a) ☐ jest leżące,
- b) ☐ porusza się: ☐ samodzielnie / ☐ o kulach / ☐ na wózku inwalidzkim / ☐ z pomocą drugiej osoby

2. Dziecko przyjmuje pokarmy:

- a) ☐ samodzielnie,
- b) ☐ jest karmione przez drugą osobę,
- c) ☐ wymaga stosowania specjalnej diety (jakiej):

3. Rodzaj ograniczania innych czynności u dziecka (np.: mycie się / ubieranie / załatwianie czynności fizjologicznych):

.....
.....

4. Rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych u dziecka w ciągu dnia:

.....

5. Rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno-leczniczych wykonywanych u dziecka domu i poza domem:

.....
.....

6. Częstotliwość wizyt lekarskich.....

.....

OŚWIADCZAM, ŻE: (w przypadku pola oznaczonego: „☐” właściwą rubrykę zaznaczyć stawiając znak: „☐”)

1. ☐ **Dziecko może** / ☐ **nie może przybyć - (wraz z opiekunem) na posiedzenie składu orzekającego** (w przypadku niemożności przybycia należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność uczestnictwa w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby dziecka).
2. **Jestem świadomy/a**, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja medyczna dotycząca dziecka okaże się niewystarczająca do wydania orzeczenia o niepełnosprawności, Przewodniczący PZON w Dąbrowie Górniczej zawiadamia w formie pisemnej o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym, terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
3. **Zobowiązuję się** powiadomić PZON w Dąbrowie Górniczej o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania - zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego. W razie zaniedbania tego obowiązku - jestem świadomy/a, że doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.
4. **Dane zawarte we wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności są zgodne z prawdą.**
5. **Oświadczam o miejscu pobytu stałego:**

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2012 r. o ewidencji ludności, zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że moim miejscem pobytu stałego jest:

.....
(adres miejsca pobytu stałego)

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* - *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* potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe w dniu składania oświadczenia.

.....
własnoręczny podpis przedstawiciela ustawowego dziecka⁸

**W MOMENCIE SKŁADANIA WNIOSKU O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI NALEŻY
DOŁĄCZYĆ NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY:**

1. **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE** zawierające opis stanu zdrowia, wydane przez lekarza, pod którego opieką lekarską znajduje się dziecko, wydane nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku.
 2. **DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ** (jest to np.: historia zdrowia i choroby / karty informacyjne leczenia szpitalnego / wyniki badań specjalistycznych) w formie: wyciągów, odpisów, kopii (kserokopii / skanów) lub wydruków – uwierzytelnionych za zgodność z oryginałem. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. W przypadku posiadania uwierzytelnionych kopii (kserokopii) dokumentacji medycznej istnieje możliwość ich poświadczenia w PZON w Dąbrowie Górniczej na potrzeby postępowania o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. Przy czym w tej sytuacji należy przedstawić (do wglądu) oryginały tych dokumentów oraz ich samodzielnie wykonane kopie (kserokopie). Zgodnie bowiem z art. 76a § 2b zdanie pierwsze k.p.a. - upoważniony pracownik organu prowadzącego postępowanie, któremu został okazany oryginał dokumentu wraz z odpisem, na żądanie strony, poświadcza zgodność odpisu dokumentu z oryginałem.
 3. **INNE DOKUMENTY MOGĄCE MIEĆ WPLYW NA USTALENIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** (są to np.: opinie wychowawców / orzeczenia poradni psychologiczno-pedagogicznych).
-
4. **W PRZYPADKU WYSTĄPIENIA Z WNIOSKIEM O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PRZEZ OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ LUB (W PRZYPADKU PRZEKSZTAŁCENIA OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ) PRZEZ CENTRUM USŁUG SPOŁECZNYCH** – należy dołączyć pisemną zgodę przedstawiciela ustawowego dziecka potwierdzającą możliwość wystąpienia z wnioskiem.
 5. **W PRZYPADKU REPREZENTOWANIA STRONY PRZEZ PEŁNOMOCNIKA** – należy dołączyć do akt oryginał lub urzędowo poświadczony odpis pełnomocnictwa do reprezentowania strony. Adwokat, radca prawny, rzecznik patentowy, a także doradca podatkowy mogą sami uwierzytelnić odpis udzielonego im pełnomocnictwa oraz odpisy innych dokumentów wykazujących ich umocowania.

⁸ W przypadku niemożności złożenia podpisu - osoba nie mogąca pisać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wpisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis, albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby nie mogącej pisać.

GODZINY PRZYJMOWANIA INTERESANTÓW
(Al. J. Piłsudskiego 2, 41-300 Dąbrowa Górnicza
pokój 013[parter])

Numer telefonu Powiatowego Zespołu do
Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
w Dąbrowie Górniczej

PONIEDZIAŁEK	9.00 – 13.00
WTOREK	9.00 – 13.00
ŚRODA	9.00 – 13.00
CZWARTEK	7.00 – 15.00
PIĄTEK	9.00 – 13.00

571 332 370
571 332 371
571 332 372

Strona internetowa: www.mops.com.pl/niepelnosprawnosci - wybrać Powiatowy Zespół
e-mail: pzoondg@mops.com.pl

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z 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 z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych Pani/Pana dziecka (do 16 roku życia) jest Powiatowy Zespół ds.Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Dąbrowie Górniczej przy Al. Piłsudskiego 2;
2. W Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Dąbrowie Górniczej wyznaczono inspektora ochrony danych, z którym może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych Pani/Pana dziecka:, w siedzibie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Dąbrowie Górniczej przy Al. Piłsudskiego 2, kontakt mailowy: iodo@mops.com.pl
3. Dane osobowe Pani/Pana dziecka, przetwarzane będą w celu wydania **orzeczenia o niepełnosprawności / legitymacji osoby niepełnosprawnej / karty parkingowej** na podstawie art. 6 ust. 1 pkt c oraz art. 9 ust. 2 pkt b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych;
4. Dane osobowe Pani/Pana dziecka będą przekazywane następującym odbiorcom danych w rozumieniu art. 4 pkt 9 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych: podmiotom, z którymi PZON zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych;
5. Dane osobowe Pani/Pana dziecka będą przechowywane przez okres wynikający z jednolitego rzeczowego wykazu akt;
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych dziecka oraz prawo ich sprostowania;
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana dziecka narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym wynikającym z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz ustawy Prawo o ruchu drogowym, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku;
9. Dane Pani/Pana dziecka nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Potwierdzam zapoznanie się z informacją:

.....

data i podpis