


Nr sprawy PSO.4122. .20		
Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Tychach		WNIOSEK o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności <i>(dotyczy osób poniżej 16 roku życia)</i>
<i>wypełniają pracownicy PZON w Tychach</i>		
wniosek kompletny <input type="checkbox"/> braki <input type="checkbox"/> uwagi sprawdzono poprawność danych z dokumentem tożsamości dziecka <input type="checkbox"/> oraz rodzica <input type="checkbox"/> wydano potwierdzenie <input type="checkbox"/> EKSMOON <input type="checkbox"/> podpis pracownika		

Uwaga: Należy wypełniać czytelnie pismem maszynowym lub odręcznie - drukowanymi literami

1. DANE DZIECKA:				
1.1	Nazwisko	1.2	Imię	
1.3	Data urodzenia	1.4	Miejsce urodzenia	1.5 Wiek
1.6	Adres miejsca zamieszkania			
	Miejscowość	Kod pocztowy		Gmina
	Ulica		Nr domu	Nr lokalu
1.7	Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> legitymacja szkolna <input type="checkbox"/> akt urodzenia <input type="checkbox"/> inne	1.8	Nr i seria paszportu, legitymacji lub aktu urodzenia (należy okazać do wglądu)	
		PESEL		
2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO:				
2.1	Nazwisko i imię			
2.2	Adres miejsca zamieszkania	2.3	Seria i nr dok. stwierdzającego tożsamość, nr PESEL (należy okazać do wglądu)	
2.4	Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż podany wyżej)			
2.5	Preferowana forma kontaktu w sprawach pilnych <input type="checkbox"/> listowny <input type="checkbox"/> telefoniczny -nr tel.: <input type="checkbox"/> sms <input type="checkbox"/> e-mail-adres:			
3. CEL:				
3.1	Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności:			
	<input type="checkbox"/> w celu ponownego ustalenia niepełnosprawności uwzględniającego zmianę stanu zdrowia - orzeczenie nr <input type="checkbox"/> w związku z upływem terminu orzeczenia nr wydanego na okres do <i>Uwaga: Przedstawiciel ustawowy dziecka posiadającego orzeczenie o niepełnosprawności wydane na czas określony, może wystąpić z wnioskiem o wydanie orzeczenia o ponowne ustalenie niepełnosprawności, nie wcześniej niż na 2 miesiące przed upływem ważności posiadanego orzeczenia. (art. 6ba. 1. Ustawy z 24.07.2024 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych)</i> <input type="checkbox"/> po raz pierwszy			
3.2	Chciałbym/chciałabym ubiegać się o: / należy wskazać co najmniej jeden cel/			
	1. <input type="checkbox"/> uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego, 2. <input type="checkbox"/> uzyskanie świadczenia pielęgnacyjnego, 3. <input type="checkbox"/> inne, (jakie) <small>(np. uzyskanie karty parkingowej, uczestnictwo w turnusach rehabilitacyjnych, zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne środki pomocnicze i inne pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie, urlop wychowawczy w dodatkowym wymiarze, wskazania konieczności zamieszkiwania w oddzielnym pokoju)</small>			
3.3	Cel główny: /wybrać tylko jeden/	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
4. UZASADNIENIE WNIOSKU:				
4.1	Sytuacja społeczna dziecka:			
4.1.1	Samoobsługa:			
	<ul style="list-style-type: none"> • dbanie o higienę osobistą (mycie się, toaleta jamy ustnej, czesanie się itp.) samodzielnie lub stosownie do wieku <input type="checkbox"/> z pomocą <input type="checkbox"/> brak możliwości <input type="checkbox"/> • spożywanie posiłków (sięganie po jedzenie, wkładanie do ust, spożywanie płynów) samodzielnie lub stosownie do wieku <input type="checkbox"/> z pomocą <input type="checkbox"/> brak możliwości <input type="checkbox"/> • dziecko wymaga specjalnej diety <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK (jakiej) • ubieranie się (nałożenie i zdjęcie ubrania, zapinanie guzików, zamków, zakładanie i sznurowanie butów) samodzielnie lub stosownie do wieku <input type="checkbox"/> z pomocą <input type="checkbox"/> brak możliwości <input type="checkbox"/> • załatwianie czynności fizjologicznych samodzielnie lub stosownie do wieku <input type="checkbox"/> z pomocą <input type="checkbox"/> brak możliwości <input type="checkbox"/> 			
4.1.2	Poruszanie się i komunikacja z otoczeniem:			
	<ul style="list-style-type: none"> • dziecko jest leżące: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE • dziecko porusza się: <input type="checkbox"/> samodzielnie lub stosownie do wieku <input type="checkbox"/> o kulach <input type="checkbox"/> na wózku inwalidzkim <input type="checkbox"/> z pomocą drugiej osoby • komunikowanie się z otoczeniem <input type="checkbox"/> samodzielnie lub stosownie do wieku <input type="checkbox"/> z pomocą <input type="checkbox"/> brak możliwości 			
4.2	Nauka i edukacja:			
	<ul style="list-style-type: none"> • Przedszkole <input type="checkbox"/> nie uczęszcza <input type="checkbox"/> uczęszcza (<input type="checkbox"/> ogólnodostępne <input type="checkbox"/> integracyjne <input type="checkbox"/> specjalne) • Szkoła <input type="checkbox"/> nie uczęszcza <input type="checkbox"/> uczęszcza (<input type="checkbox"/> ogólnodostępna <input type="checkbox"/> integracyjna <input type="checkbox"/> specjalna) do klasy <li style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> niesamodzielnie (z kim) • Inne (jakie) • Dodatkowe zajęcia szkolne, pozaszkolne <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK (jakie) • Nauczanie indywidualne <input type="checkbox"/> nie korzysta <input type="checkbox"/> korzysta w wymiarze godzin <input type="checkbox"/> dziennie <input type="checkbox"/> tygodniowo 			

4.3	Stosowane leczenie, rehabilitacja i pielęgnacja: należy określić rodzaj i częstotliwość wizyt lekarskich i wykonywanych zabiegów z podaniem jak często są wykonywane w domu i poza nim w ciągu: dnia, tygodnia, miesiąca i roku
4.3.1	• Leczenie <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK (jakie) <input type="checkbox"/> w domu <input type="checkbox"/> poza domem Częstotliwość wizyt lekarskich (liczba w ciągu) <input type="checkbox"/> dnia <input type="checkbox"/> tygodnia <input type="checkbox"/> miesiąca <input type="checkbox"/> roku
4.3.2	• Rehabilitacja <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK (jaki rodzaj) <input type="checkbox"/> w domu <input type="checkbox"/> poza domem Częstotliwość zabiegów rehabilitacyjnych (liczba w ciągu) <input type="checkbox"/> dnia <input type="checkbox"/> tygodnia <input type="checkbox"/> miesiąca <input type="checkbox"/> roku
4.3.3	• Pielęgnacja <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK (jakie działania) <input type="checkbox"/> w domu <input type="checkbox"/> poza domem Częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych (liczba w ciągu) <input type="checkbox"/> dnia <input type="checkbox"/> tygodnia <input type="checkbox"/> miesiąca <input type="checkbox"/> roku

5. OŚWIADCZAM, ŻE:

5.1	<input type="checkbox"/> Pobieram <input type="checkbox"/> zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> świadczenie pielęgnacyjne na dziecko <input type="checkbox"/> Nie pobieram <input type="checkbox"/> zasiłku pielęgnacyjnego <input type="checkbox"/> świadczenia pielęgnacyjnego na dziecko <input type="checkbox"/> Pobierałam/łam <input type="checkbox"/> zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> świadczenie pielęgnacyjne na dziecko <input type="checkbox"/> Nie pobierałam/łam <input type="checkbox"/> zasiłku pielęgnacyjnego <input type="checkbox"/> świadczenia pielęgnacyjnego na dziecko
5.2	<input type="checkbox"/> Dziecko może (w obecności przedstawiciela ustawowego) <input type="checkbox"/> nie może przybyć na posiedzenie składu orzekającego; <i>(nieemożność wzięcia udziału w posiedzeniu musi być potwierdzona zaświadczeniem lekarskim w którym wskazano, że stawiennictwo uniemożliwia długotrwała i nie rokująca poprawa choroby)</i>
5.3	<input type="checkbox"/> W sprawie dziecka toczy się postępowanie przed innym organem orzeczniczym. Jakim: *Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, *WZON, *inne (*właściwe podkreślić) Na jakim etapie jest postępowanie

6. W ZAŁĄCZENIU DO WNIOSKU PRZEDKŁADAM*:

6.1	Zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka wystawione przez lekarza prowadzącego z dnia ___ - ___ - 20__ r. <i>Zaświadczenie wystawione przez lekarza prowadzącego JEST WAŻNE PRZEZ 30 DNI OD DATY WYSTAWIENIA! (Wniosek wraz z posiadaną dokumentacją medyczną należy złożyć w tym czasie w siedzibie Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Tychach ul. Budowlanych 59 w Punkcie Obsługi Klienta.) Niewłaściwie wypełnione zaświadczenie lekarskie (np. brak daty wystawienia, nieczytelne zapisy lekarskie, brak podpisu lekarza, jego pieczęci, nieautoryzowane poprawki na zaświadczeniu, pozostawienie danych bez wypełnienia) jest obarczone brakiem formalnym. Zaświadczenie nieaktualne lub z ww. brakami uniemożliwia skuteczne wszczęcie postępowania.</i>
6.2	Karty wypisowe leczenia szpitalnego, badania diagnostyczne i inne dokumenty

* **UWAGA:** Do wniosku należy załączyć kserokopię (oryginały do wglądu) posiadanej dokumentacji medycznej: karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych, aktualne opinie psychologiczne (ważne 2 lata), orzeczenia o konieczności kształcenia indywidualnego lub specjalnego oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności, a zwłaszcza okresu jej powstania. Osoby składające wniosek po raz kolejny składają do wniosku kopie dokumentacji powstałej od czasu ostatniego posiedzenia (oryginały do wglądu).
Dokumentacja medyczna, której oryginalność nie jest potwierdzona (zgodność z oryginałem), nie może być brana pod uwagę przy rozpatrywaniu wniosku.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 kodeksu karnego - „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 8”.

....., dnia ___ - ___ - 20__ r.

Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

podpis czytelny

Klauzula informacyjna dla klientów składających wnioski o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

Administratorem danych osobowych jest Powiatowy Zespół Do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Tychach z siedzibą przy ul. Budowlanych 59, 43-100 Tychy, reprezentowany przez Przewodniczącego.

W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych można się kontaktować z wyznaczonym Inspektorem Ochrony Danych (IOD) za pośrednictwem poczty elektronicznej pod adresem: iodo@pzon-tychy.pl lub listownie na adres Administratora.

Pani/Pana dane osobowe oraz dane dziecka będą przetwarzane na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w związku z art. 6 ust. 1 lit. c RODO odpowiednio w celu wydania orzeczenia o niepełnosprawności.

Pani/Pana dane osobowe oraz dane dziecka mogą być przekazane wyłącznie podmiotom, które uprawnione są do ich otrzymania przepisami prawa. Dane zgromadzone w Elektronicznym Krajowym Systemie Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności będą udostępniane Pełnomocnikowi Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych oraz Ministrowi Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Ponadto mogą być one ujawnione podmiotom, z którymi Administrator zawarł umowę na świadczenie usług serwisowych dla systemów informatycznych wykorzystywanych przy ich przetwarzaniu.

Pani/Pana dane osobowe oraz dane dziecka przetwarzane będą przez okres niezbędny do wypełnienia celu, w jakim zostały zebrane, a następnie będą przechowywane zgodnie z Instrukcją Kancelaryjną oraz Archiwalną opracowaną na podstawie przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (tj. Dz. U. z 200 r. poz. 164) – przez czas 50 lat.

Osobie, której dane osobowe dotyczą, przysługuje prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.

Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (na adres: Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).

Administrator nie przetwarza danych osobowych klientów PZON Tychy w sposób zautomatyzowany.

Podanie danych osobowych w określonym przez przepisy prawa celu i zakresie jest wymogiem ustawowym. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie nierozpatrzenie wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności.

GODZINY PRZYJĘĆ :	poniedziałek - środa	od 9 ⁰⁰	do 14 ⁰⁰	Adres Zespołu: ul. Budowlanych 59
Punkt Obsługi Klienta pok. 139	czwartek	od 9 ⁰⁰	do 17 ⁰⁰	43-100 Tychy
	piątek	od	n i e c z y n n e	

Dodatkowe informacje i pomoc w wypełnieniu wniosku można uzyskać pod numerem telefonu (032) 438-20-50.

www.pzon-tychy.pl