

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>	
wypełniają pracownicy PZON w Tychach			
wniosek kompletny ☐ braki ☐ uwagi			
sprawdzono poprawność danych z dokumentem tożsamości dziecka ☐ oraz rodzica ☐			
wydano potwierdzenie ☐ EKSMOON ☐ 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 ☐ paszport ☐ legitymacja szkolna ☐ akt urodzenia ☐ inne			1.8	Nr i seria paszportu, legitymacji lub aktu urodzenia <i>(należy okazać do wglądu)</i>							
					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 <i>(należy okazać do wglądu)</i>							
2.4	Adres do korespondencji <i>(jeżeli jest inny niż podany wyżej)</i>											
2.5	Preferowana forma kontaktu w sprawach pilnych ☐ listowny ☐ telefoniczny -nr tel.: ☐ sms ☐ e-mail-adres:											
3. CEL:												
3.1	Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności:											
	☐ w celu ponownego ustalenia niepełnosprawności uwzględniającego zmianę stanu zdrowia - orzeczenie nr ☐ 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> ☐ po raz pierwszy											
3.2	Chciałbym/chciałabym ubiegać się o: /należy wskazać co najmniej jeden cel/											
	1. ☐ uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego, 2. ☐ uzyskanie świadczenia pielęgnacyjnego, 3. ☐ inne, (jakie) (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)											
3.3	Cel główny: /wybrać tylko jeden/				1.	☐	2.	☐	3.	☐		
4. UZASADNIENIE WNIOSKU:												
4.1	Sytuacja społeczna dziecka:											
4.1.1	Samoobsługa:											
	• dbanie o higienę osobistą samodzielnie lub stosownie do wieku ☐ z pomocą ☐ brak możliwości ☐ (mycie się, toaleta jamy ustnej, czesanie się itp.) • spożywanie posiłków samodzielnie lub stosownie do wieku ☐ z pomocą ☐ brak możliwości ☐ (sięganie po jedzenie, wkładanie do ust, spożywanie płynów) • dziecko wymaga specjalnej diety ☐ NIE ☐ TAK (jakiej) • ubieranie się samodzielnie lub stosownie do wieku ☐ z pomocą ☐ brak możliwości ☐ (nałożenie i zdjęcie ubrania, zapinanie guzików, zamków, zakładanie i zsnurowanie butów) • załatwianie czynności fizjologicznych samodzielnie lub stosownie do wieku ☐ z pomocą ☐ brak możliwości ☐											
4.1.2	Poruszanie się i komunikacja z otoczeniem:											
	• dziecko jest leżące: ☐ TAK ☐ NIE • dziecko porusza się: ☐ samodzielnie lub stosownie do wieku ☐ o kulach ☐ na wózku inwalidzkim ☐ z pomocą drugiej osoby • komunikowanie się z otoczeniem ☐ samodzielnie lub stosownie do wieku ☐ z pomocą ☐ brak możliwości											
4.2	Nauka i edukacja:											
	• <u>Przedszkole</u> ☐ nie uczęszcza ☐ uczęszcza (☐ ogólnodostępne ☐ integracyjne ☐ specjalne) • <u>Szkoła</u> ☐ nie uczęszcza ☐ uczęszcza (☐ ogólnodostępna ☐ integracyjna ☐ specjalna) do klasy ☐ samodzielnie ☐ niesamodzielnie (z kim) • Inne (jakie) • Dodatkowe zajęcia szkolne, pozaszkolne ☐ NIE ☐ TAK (jakie) • Nauczanie indywidualne ☐ nie korzysta ☐ korzysta w wymiarze godzin ☐ dziennie ☐ 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 ☐ NIE ☐ TAK (jakie) ☐ w domu ☐ poza domem Częstotliwość wizyt lekarskich (liczba w ciągu) ☐ dnia ☐ tygodnia ☐ miesiąca ☐ roku
4.3.2	• Rehabilitacja ☐ NIE ☐ TAK (jaki rodzaj) ☐ w domu ☐ poza domem Częstotliwość zabiegów rehabilitacyjnych (liczba w ciągu) ☐ dnia ☐ tygodnia ☐ miesiąca ☐ roku
4.3.3	• Pielęgnacja ☐ NIE ☐ TAK (jakie działania) ☐ w domu ☐ poza domem Częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych (liczba w ciągu) ☐ dnia ☐ tygodnia ☐ miesiąca ☐ roku

5. OŚWIADCZAM, ŻE:

5.1	☐ Pobieram ☐ zasiłek pielęgnacyjny ☐ świadczenie pielęgnacyjne na dziecko ☐ Nie pobieram ☐ zasiłku pielęgnacyjnego ☐ świadczenia pielęgnacyjnego na dziecko ☐ Pobierałem/łam ☐ zasiłek pielęgnacyjny ☐ świadczenie pielęgnacyjne na dziecko ☐ Nie pobierałem/łam ☐ zasiłku pielęgnacyjnego ☐ świadczenia pielęgnacyjnego na dziecko
5.2	☐ Dziecko może (w obecności przedstawiciela ustawowego) ☐ nie może przybyć na posiedzenie sądu orzekającego; (nieemożność wzięcia udziału w posiedzeniu musi być potwierdzona zaświadczeniem lekarskim w którym wskazano, że stawiennictwo uniemożliwia długotrwała i nie rokująca poprawa choroby)
5.3	☐ 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 PRZEDKLADAM*:

6.1	Zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka wystawione przez lekarza prowadzącego z dnia ____ - ____ - 20__ r. <i>Zaświadczenie wystawione przez lekarza prowadzącego JEST WAŻNE PRZESZ 3 MIESIĄCE OD DATY WYSTAWIENIA!</i> (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.) <i>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.</i> Zaświadczenie nieaktualne lub z ww. brakami uniemożliwia skuteczne wszczęcie postępowania.
6.2	Karty wypisowe leczenia szpitalnego, badania diagnostyczne i inne dokumenty

* **UWAGA:** Do wniosku należy załączyć kserokopie (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

Klucz informacyjny dla klientów składających wniosek 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 Przewodniczącą. 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 : Punkt Obsługi Klienta pok. 139		poniedziałek - środa czwartek piątek	od 9 ⁰⁰ do 14 ⁰⁰ od 9 ⁰⁰ do 17 ⁰⁰ n i e c z y n n e	Adres Zespołu: ul. Budowlanych 59 43-100 Tychy www.pzon-tychy.pl
Dodatkowe informacje i pomoc w wypełnieniu wniosku można uzyskać pod numerem telefonu (032) 438-20-50.				