

Adnotacje urzędowe:

Znak sprawy: ZN.8321.1.

Pakiet archiwum:/...../.....

- sprawdzono z dokumentem potwierdzającym tożsamość:
- sprawdzono w bazie ogólnopolskiej systemu EKSMOoN:
- wprowadził do systemu EKSMOoN:
- wydano zaświadczenie

**WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
(dla osób poniżej 16 roku życia)**

WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Jako przedstawiciel ustawy dziecka wnoszę o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności:

- po raz pierwszy** (dotyczy osoby nieubiegającej się dotychczas o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności)
- ponowne - w związku z zaistniałą zmianą stanu zdrowia** (dotyczy osoby posiadającej ważne [ostateczne i prawomocne] orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, która ubiega się o jego zmianę [w trakcie ważności poprzedniego orzeczenia])
- ponowne - w związku z upływem ważności poprzedniego orzeczenia** (wniosek należy złożyć nie wcześniej niż 2 miesiące przed upływem ważności posiadanego orzeczenia). Orzeczenie zostało wydane przez ważne do
- ponowne - składałem/am uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności – niezaliczenie** (dotyczy osoby ubiegającej się o wydanie orzeczenia, która otrzymała orzeczenie o niezaliczeniu do osób niepełnosprawnych)

1. DANE OSOBOWE DZIECKA:

Imię i nazwisko

Data urodzenia Miejsce urodzenia.....

Rodzaj, seria i nr dok. tożsamości

PESEL:/...../...../...../...../...../...../...../...../...../..... Obywatelstwo

Adres miejsca zameldowania na pobyt stały ¹.....

.....

Adres miejsca pobytu ².....

.....

Adres korespondencyjny ³ (jeżeli inny).....

.....

¹ Pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania.

² Adres miejsca pobytu należy podać wyłącznie w przypadku osób:

(właściwą rubrykę zaznaczyć stawiając w polu wyłącznie jeden znak:)

1) bezdomnych

2) przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad 2 miesiące ze względów rodzinnych lub zdrowotnych

3) przebywających w zakładach karnych, okręgowych ośrodkach wychowawczych, zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich

4) przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

³ W przypadku zbieżności adresu korespondencyjnego z adresem miejsca stałego pobytu/pobytu należy wpisać skrót: „j.w.”

2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO:

Imię i nazwisko

Data urodzenia Miejsce urodzenia.....

Rodzaj, seria i nr dok. tożsamości

PESEL:/...../...../...../...../...../...../...../...../...../..... Obywatelstwo

Adres miejsca zameldowania na pobyt stały ¹.....

.....

Adres miejsca pobytu ².....

.....

Adres korespondencyjny ³ (jeżeli inny).....

.....

telefon e-mail:

Do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności ul. Bobrecka 29, 43-400 Cieszyn
tel. 33 47 77 125 / 126, e-mail: pzoan@powiat.cieszyn.pl

Wnioskuję o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów:

- 1. Uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego,
- 2. Uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
- 3. Uzyskanie prawa do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
- 4. Uzyskanie urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
- 5. Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów, wymienić jakie:.....

Cel główny - podstawowy złożenia wniosku (należy podać jeden z w/w) nr

3. DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ: Dziecko uczęszcza do:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Żłobek | <input type="checkbox"/> Szkoła integracyjna |
| <input type="checkbox"/> Przedszkole ogólnodostępne | <input type="checkbox"/> Oddział integracyjny |
| <input type="checkbox"/> Przedszkole integracyjne | <input type="checkbox"/> Szkoła specjalna |
| <input type="checkbox"/> Przedszkole specjalne | <input type="checkbox"/> Oddział specjalny |
| <input type="checkbox"/> Szkoła ogólnodostępna | <input type="checkbox"/> Szkoła specjalna z internatem |
| <input type="checkbox"/> Szkoła ogólnodostępna z internatem | <input type="checkbox"/> Ośrodek szkolno-wychowawczy |

4. OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, że dziecko **może / nie może** przybyć na posiedzenie składu orzekającego. (Jeżeli nie - należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby).
2. Oświadczam, że w razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniające złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

3. Zobowiązuje się powiadomić PZOON w Cieszynie o każdej zmianie swojego adresu do momentu zakończenia postępowania - zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jedn. [Dz.U. 2024 poz. 572](#) z późn. zm.; dalej: k.p.a.). W razie zaniedbania tego obowiązku jestem świadomy/a, iż doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (tekst jednolity.: [Dz.U. 2024 poz. 17](#)) 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 od 6 miesięcy do lat 8 potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

.....
Miejscowość i data

.....
podpis przedstawiciela ustawowego

WAŻNE:

Do wniosku należy załączyć:

1. **zaświadczenie lekarskie** o stanie zdrowia wydane dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności - wystawione przez lekarza prowadzącego nie wcześniej niż 30 dni przed złożeniem wniosku,
 2. **kserokopie i oryginały do wglądu posiadanej dokumentacji medycznej** tj. kart informacyjnych z leczenia szpitalnego, sanatorium; posiadane aktualne wyniki badań specjalistycznych (opisy: TK, MR, RTG, USG, EKG, EEG; spirometrię, audiogram) lub uwierzytelnioną kserokopię ww. dokumentacji medycznej tzn. potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez organ lub podmiot, który dokument wytworzył,
 3. **kserokopie kartotek lekarskich potwierdzonych przez lekarza lub pielęgniarkę lub inną osobę upoważnioną za zgodność z oryginałem pieczęcią poradni** (z ostatnich 2 – 3 lat leczenia) bądź kserokopie wraz z oryginałami kartotek do wglądu,
 4. **kserokopie i oryginały aktualnych opinii:** psychologicznej, logopedycznej, itp. – jeśli osoba lub dziecko korzysta z pomocy ww. specjalistów,
 5. **kserokopię i oryginał do wglądu poprzedniego orzeczenia o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności (jeśli było wydane w innym Zespole), orzeczenia ZUS/KRUS lub wyroku Sądu Pracy,**
 6. **kserokopię wyroku sądu ustanawiającego opiekę prawną** (oryginał do wglądu) – w przypadku, gdy wnioskodawca jest częściowo lub całkowicie ubezwłasnowolniony.
- Zamiast oryginału dokumentu strona może złożyć odpis dokumentu, jeżeli jego zgodność z oryginałem została poświadczona przez notariusza albo występującego w jego sprawie pełnomocnika strony będącego adwokatem lub radcą prawnym.
 - Dokumentacja medyczna, której oryginalność nie jest uwierzytelniona za zgodność z oryginałem, nie będzie brana pod uwagę przy rozpatrywaniu wniosku.

GODZINY PRZYJMOWANIA WNIOSKÓW:		DANE KONTAKTOWE: TEL.: 33 47 77 125, 33 47 77 126 E-MAIL: pzoona@powiat.cieszyn.pl
PONIEDZIAŁEK	09.00 – 15.00	
WTOREK	09.00 – 15.00	
ŚRODA	09.00 – 15.00	
CZWARTEK	10.00 – 16.30	
PIĄTEK	07.30 – 10.00	

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 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 (RODO) informujemy, że:

- 1) Współadministratorami Pani/Pana danych osobowych jest Starosta Cieszyński i Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Cieszynie przy ul. Bobreckiej 29.
 - a) Starosta Cieszyński - tel.: 33 47 77 156, adres e-mail: sekretariat@powiat.cieszyn.pl
 - b) Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności – tel. 33 47 77 126, adres e-mail: pzoon@powiat.cieszyn.pl
- 2) W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych można także kontaktować się z wyznaczonym wspólnie przez współadministratorów Inspektorem Ochrony Danych – tel. tel. 33 47 77 226, adres e-mail: iod@powiat.cieszyn.pl
- 3) Współadministratorzy mogą przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w celu wynikających z przepisów prawa dotyczących m.in.:
 - a) ubieganie się o wydanie orzeczeń o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności,
 - b) wydawania legitymacji osób niepełnosprawnych,
 - c) wydawania kart parkingowych,
 - d) archiwizacja posiadanych dokumentów oraz danych.
- 4) Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c, art. 9 ust. 2 lit. b RODO tj. wypełnienie obowiązków prawnych,
- 5) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty, które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane osobowe na zlecenie Współadministratorów,
- 6) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej,
- 7) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt 4, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji, o ile inne przepisy powszechnie obowiązujące nie stanowią inaczej,
- 8) Osoba, której dane dotyczą posiada prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania i żądania ograniczenia ich przetwarzania,
- 9) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO,
- 10) Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym wynikającym z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości prowadzenia sprawy,
- 11) Pani/Pana dane nie będą poddane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu,
- 12) Współadministratorzy uregulowali zasady współpracy w sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych w drodze porozumienia. Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności jako współadministrator ustala zakres danych osobowych niezbędnych do prawidłowej realizacji jego zadań ustawowych oraz przetwarza dane osobowe w celach z nimi związanych. Starosta Cieszyński określa i zapewnia fizyczne, techniczne i organizacyjne warunki przetwarzania danych osobowych oraz środki ochrony służące zapewnieniu im właściwego poziomu bezpieczeństwa. Starosta Cieszyński odpowiada także za realizację celów archiwalnych. Treść uzgodnień wynikających z porozumienia jest dostępna na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Starostwa Powiatowego w Cieszynie.