

# WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

\*Po raz pierwszy

\*Upływa termin ważności wydanego orzeczenia

\*Zmiana stanu zdrowia

Nr sprawy: ZOON-I-40110/dz-.....

(wypełnia PZOON)

Nr kolejny.....

## DANE OSOBOWE DZIECKA:

Imię pierwsze dziecka.....Imię drugie dziecka.....

Nazwisko dziecka .....

Data i miejsce urodzenia.....Nr PESEL .....

Rodzaj i nr dokumentu tożsamości dziecka .....

Adres zameldowania dziecka .....

Adres pobytu dziecka (wypełnić, gdy jest inny niż adres zameldowania).....

.....

## DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO DZIECKA:

Imię pierwsze .....

Imię drugie .....

Nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia.....Nr PESEL .....

Rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości .....

Adres zameldowania/pobytu przedstawiciela ustawowego .....

.....

Telefony kontaktowe .....

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

- 1) uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
- 2) uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego,
- 3) korzystania z karty parkingowej,
- 4) zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
- 5) uzyskania urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
- 6) korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów,
- 7) innych (wymienić jakich) .....

Celem podstawowym jest (wybrać z pkt. 1-7) .....

Dziecko uczęszcza do żłobka/przedszkola/szkoły\* (nazwa i miejsce, klasa)

.....

\*\* Władza rodzicielska przysługuje (właściwe podkreślić):

- obojgu rodzicom: w pełni, ograniczona (podać zakres) .....
- matce: w pełni, ograniczona (podać zakres).....
- ojcu: w pełni, ograniczona .....
- inne (wskazać) .....

Czy dziecko było/jest\* zaliczone do osób niepełnosprawnych?

Orzeczenie wydano do dnia .....

## W załączeniu przedkładam dokumentację dotyczącą stanu zdrowia dziecka:

1. zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane przez lekarza ważne 3 miesiące od daty wystawienia,
2. kserokopię posiadanej dokumentacji medycznej, tj. karty informacyjne leczenia szpitalnego, badania specjalistyczne, konsultacje, wnioski opisowe badań RTG, EKG, EEG, TK, MR, USG i inne dokumenty medyczne,
3. odpis skrócony aktu urodzenia (kserokopia),
4. kserokopię posiadanych orzeczeń o niepełnosprawności wydanych przez PZOON,
5. zaświadczenie potwierdzające stałe miejsce zameldowania.

.....  
czytelny podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

\*właściwe podkreślić

## **KLAUZULA INFORMACYJNA DLA OSÓB KORZYSTAJĄCYCH Z USŁUG POWIATOWEGO ZESPOŁU ORZĘKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W KONINIE**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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 (RODO), przekazujemy następujące informacje:

**1. Administrator danych osobowych**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół Orzekania o Niepełnosprawności w Koninie (PZOON) z siedzibą przy ul. Hurtowa 1, 62-510 Konin, tel. 63 243 03 09, e-mail: [orzekanie@pcpr.konin.pl](mailto:orzekanie@pcpr.konin.pl).

**2. Inspektor Ochrony Danych**

W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: [inspektor.ochrony@pcpr.konin.pl](mailto:inspektor.ochrony@pcpr.konin.pl) lub telefonicznie: 63 243 03 06.

**3. Cele i podstawy prawne przetwarzania danych**

Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z:

- o zgodnie z ustawą z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym i z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- o ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach. Podstawą prawną przetwarzania jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO. W przypadku danych przetwarzanych na podstawie zgody podstawą prawną jest art. 6 ust. 1 lit. a RODO.

**4. Okres przechowywania danych**

Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji powyższych celów oraz zgodnie z przepisami dotyczącymi archiwizacji dokumentów obowiązującymi w PZOON w Koninie.

**5. Prawa osoby, której dane dotyczą**

Przysługuje Pani/Panu prawo do:

- o dostępu do swoich danych osobowych,
- o sprostowania danych,
- o usunięcia danych lub ograniczenia ich przetwarzania,
- o przenoszenia danych (w przypadkach przewidzianych w RODO),
- o wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
- o cofnięcia zgody na przetwarzanie (dla danych przetwarzanych na podstawie zgody), bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania przed jej cofnięciem. Niektóre z tych praw mogą podlegać ograniczeniom wynikającym z przepisów prawa.

**6. Prawo do skargi**

W przypadku uznania, że przetwarzanie Pani/Pana danych narusza przepisy RODO, przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa.

**7. Obowiązek podania danych**

Podanie danych osobowych wymaganych przepisami prawa jest obowiązkowe. Niepodanie danych może skutkować brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku. Dane przetwarzane na podstawie zgody podawane są dobrowolnie.

**8. Odbiorcy danych**

Pani/Pana dane mogą zostać przekazane podmiotom współpracującym z PZOON na podstawie umów powierzenia przetwarzania danych oraz organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

**9. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji**

Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższą klauzulą informacyjną i jest ona dla mnie zrozumiała:

**Data i podpis:**

.....

Miejscowość \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

stempel zakładu opieki zdrowotnej

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

wydane dla potrzeb powiatowego zespołu do spraw orzekania  
o niepełnosprawności ważne 3 miesiące od daty wystawienia

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Data i miejsce urodzenia \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania \_\_\_\_\_

Seria i numer dowodu osobistego (paszportu) \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

### **1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### **2. Przebieg schorzenia podstawowego - początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### **3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### **4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja - rodzaje; czas trwania; pobyty w szpitalu sanatorium**

.....

.....

.....

**5. Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy) dalsze leczenie i rehabilitacja:**

.....  
.....  
.....

**6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie**

.....  
.....  
.....

**7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)**

**8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia**

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? /data/ .....

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną /data/ .....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

TAK/NIE\*

W/w Pan/i wymaga/ nie wymaga\* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w Pan/i jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności. TAK/NIE\*

U w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia \*\*

TAK/NIE\*

.....  
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

\* niepotrzebne skreślić

\*\* dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie

**Adnotacja zakładu pracy chronionej**

Zakład pracy chronionej przejmuje odpowiedzialność za uzupełnienie koniecznej do oceny stanu zdrowia orzekanego dokumentacji medycznej

.....  
pieczętka zakładu pracy chronionej

.....  
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie