



**Wniosek składam dla celów (najważniejszy cel zaznaczyć krzyżykiem):**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego                    | <input type="checkbox"/> Korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie innych przepisów |
| <input type="checkbox"/> Uzyskanie świadczenia pielęgnacyjnego                | <input type="checkbox"/> Inne (wymienić jakie): .....                                |
| <input type="checkbox"/> Zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju                   | .....  |
| <input type="checkbox"/> Uzyskanie urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze | .....  |

**Sytuacja społeczna i rodzinna dziecka (właściwe zaznaczyć krzyżykiem):**

• **Zdolność do samodzielnego funkcjonowania dziecka:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Porusza się samodzielnie         | <input type="checkbox"/> Porusza się z pomocą drugiej osoby |
| <input type="checkbox"/> Porusza się o kulach             | <input type="checkbox"/> Jest leżące                        |
| <input type="checkbox"/> Porusza się na wózku inwalidzkim |   |

• **Dziecko przyjmuje pokarmy:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Samodzielnie  | <input type="checkbox"/> Jest karmione przez drugą osobę |
| <input type="checkbox"/> Wymaga stosowania specjalnej diety (jakiej?): ..... | .....  |

• **Rodzaj ograniczenia innych czynności (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych)**

.....  
.....

• **Rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia**

.....  
.....

• **Rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno – leczniczych wykonywanych w ciągu  dnia  tygodnia**

miesiąca\*\* .....

• **Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:**

Nie  tak, jakiego: .....

• **Dziecko uczęszcza do żłobka lub przedszkola:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ogólnodostępnego | <input type="checkbox"/> Integracyjnego |
| <input type="checkbox"/> Specjalnego      | <input type="checkbox"/> Nie dotyczy    |

• **Dziecko uczęszcza do szkoły:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ogólnodostępnej | <input type="checkbox"/> Integracyjnej |
| <input type="checkbox"/> Specjalnej      | <input type="checkbox"/> Nie dotyczy   |

\*\* właściwe zaznaczyć krzyżykiem

## Oświadczam, że:

- 1)\*\*  Dziecko **nie posiada** /  Dziecko **posiada** orzeczenie o niepełnosprawności wydane  
ważne do dnia .....
- 2)\*\*  Dziecko **może**/  Dziecko **nie może** przybyć na posiedzenie składu orzekającego  
**Jeżeli nie** - należy dołączyć do wniosku zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału  
w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej  
osobiste stawiennictwo
- 3)\*\*  Aktualnie toczy /  Nie toczy się w sprawie dziecka postępowanie przed sądem powszechnym  
w sprawie ustalenia niepełnosprawności
- 4) W razie stwierdzenia przez zespół ds. orzekania o niepełnosprawności konieczności uzupełnienia  
dokumentacji medycznej m.in. poprzez wykonanie: badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych,  
dostarczenie historii choroby z poradni specjalistycznych, **jestem świadomy ponoszenia kosztów ich  
wykonania we własnym zakresie.**
- 5) **Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu pobytu do momentu zakończenia  
postępowania w sprawie.**  
**Art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tj. Dz. U. z 2022 r., poz. 2000)**  
§ 1. W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej  
zmianie swojego adresu, w tym adresu elektronicznego.  
§ 2. W razie zaniedbania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.
- 6) **Dane zawarte we wniosku są prawdziwe.**
- 7) **Wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności jest  
autentyczna i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności  
dokumentów.**  
**Art. 270 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1138 z późn. zm.)**  
§ 1. Kto, w celu użycia za autentyczny, podrabia lub przerabia dokument lub takiego dokumentu jako autentycznego używa, podlega grzywnie,  
karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.  
§ 2. Tej samej karze podlega, kto wypełnia blankiet, opatrzony cudzym podpisem, niezgodnie z wolą podpisanego i na jego szkodę albo takiego  
dokumentu używa.  
§ 2a. W wypadku mniejszej wagi, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.  
§ 3. Kto czyni przygotowania do przestępstwa określonego w § 1, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do  
lat 2.
- 8) **Zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej (załącznik nr 2 do wniosku) dotyczącej przetwarzania  
danych osobowych w celu wydania orzeczenia o niepełnosprawności, w tym z informacją o celu  
i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz o przysługujących mi prawach.**

\*\* właściwe zaznaczyć krzyżykiem

.....  
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

---

### **UWAGA: Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności należy złożyć:**

- ✓ Oryginał wniosku (**dokładnie wypełnić każdą rubrykę**),
- ✓ Oryginał zaświadczenia lekarskiego (**ważny 30 dni od daty wystawienia przez lekarza**),
- ✓ Uwierzytelnioną kserokopię wszelkiej dokumentacji potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć  
wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności, np.: karty informacyjne z leczenia szpitalnego, historia  
choroby, badania dodatkowe, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie.
- ✓ Kserokopie poprzednich orzeczeń (jeśli były)

---

#### **Załączniki:**

Nr 1 – Klauzula informacyjna

Nr 2 – Zgoda na przetwarzanie dodatkowych danych

### Zgoda na przetwarzanie dodatkowych danych osobowych

Zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem 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 ustawą o ochronie danych osobowych, **wyrażam zgodę** na podanie mojego numeru telefonu w celu ułatwienia kontaktowania się Zespołu ze mną w sytuacjach, gdy jest to niezbędne.

Podanie numeru jest świadomie wyrażoną i dobrowolną zgodą.

Nr telefonu [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

.....  
podpis osoby zainteresowanej  
lub jej przedstawiciela ustawowego

**KLAUZULA INFORMACYJNA  
O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH  
W POWIATOWYM ZESPOLE DS. ORZEKANIA  
O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W PRUDNIKU**

Informacja zgodna z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej RODO.

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Prudniku przy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR) w Prudniku (zwany dalej jako „Administrator”). Adres siedziby: ul. Kościuszki 55a, 48-200 Prudnik
2. Z Administratorem można skontaktować się telefonicznie pod numerem 77 436 91 25, lub pisemnie na adres siedziby Administratora.
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań Powiatowego Zespołu art. Orzekania o Niepełnosprawności w Prudniku na podstawie art. 6 ust. 1 lit. C) RODO, wynikających z aktów prawnych:
  - Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U z 2018 r., poz. 511) oraz aktów wykonawczych do tej ustawy;
  - Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2022 r., poz. 988 z późn. zm.) oraz aktów wykonawczych do tej ustawy.
4. Dane osobowe nie będą przekazywane podmiotom innym niż podmioty działające w oparciu o przepisy prawa. W każdym przypadku udostępnienia lub powierzenia danych takim podmiotom Administrator zapewnia, że odbywa się ono zgodnie z prawem.
5. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
6. Dane osobowe będą przechowywane w czasie określonym przepisami prawa oraz zgodnie z rzeczowym wykazem akt PCPR w Prudniku
7. Osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych.
8. Osoba, której dane dotyczą ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych., gdy stwierdzono, że dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z przepisami prawa.
9. Podanie danych jest dobrowolne, jednakże odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości rozpatrzenia sprawy.
10. Dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również w formie profilowania.

.....  
podpis osoby zainteresowanej  
lub jej przedstawiciela ustawowego