

# Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

Nr sprawy PZON.70.....

Wpłynęło...../...../20

.....data.....

Imię i nazwisko dziecka.....

Nr PESEL dziecka.....

Data i miejsce urodzenia dziecka.....

Adres zamieszkania dziecka.....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka.....

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka.....

Nr i seria dowodu osobistego.....

Adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego dziecka.....

**Nr telefonu do kontaktu w sprawach związanych z ustaleniem terminu posiedzenia składu orzekającego**

Adres e mail.....

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania  
o Niepełnosprawności w Wejherowie

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

1. uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
2. uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego
3. zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
4. uzyskania urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
5. konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze
6. korzystanie z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
7. uzyskania karty parkingowej

Oświadczam, że:

1. dziecko pobiera /nie pobiera/ zasiłek pielęgnacyjny
  2. składano /nie składano/ uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, kiedy.....nr sprawy.....ważne do ..... z jakim skutkiem.....
  3. dziecko może /nie może/ przybyć na badanie przedmiotowe (jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby),
  4. w razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydanie przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
- Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
  - Do wniosku załączam zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego w ciągu miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku.
  - **Do wniosku należy załączyć ! aktualną dokumentację medyczną potwierdzającą rozpoznaną chorobę zasadniczą oraz współistniejące, kserokopie wypisów ze szpitala, badania specjalistyczne, opinie, konsultacje specjalistów, opisy badań tj. TK, MRI, RTG, Echo serca, spirometria, USG, EKG, EEG itp.**

.....  
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

(Zaświadczenie lekarskie ważne jest przez 30 dni od dnia wystawienia przez lekarza)

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

....., dnia.....roku

## Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka

### Wydane dla potrzeb Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA.....

DATA URODZENIA.....

ADRES ZAMIESZKANIA.....

PESEL.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

2. Przebieg schorzenia

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

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

4. Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

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

5. Używanie zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie .....

.....  
.....

5. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia dziecka (w załączeniu)

.....  
.....

Administratorem, czyli podmiotem decydującym o tym, które dane osobowe będą przetwarzane oraz w jakim celu i jakim sposobem, jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności. W jego imieniu dane osobowe przetwarza POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE w Wejherowie, ul. Sobieskiego 279A, e-mail: [kancelaria@pcprwejherowo.pl](mailto:kancelaria@pcprwejherowo.pl), tel. 58 672 17 60. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, macie Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem ochrony danych na adres e-mail: [rodo@pcprwejherowo.pl](mailto:rodo@pcprwejherowo.pl). Państwa dane osobowe są przetwarzane w celu wydania orzeczenia o niepełnosprawności, w związku z realizacją obowiązków nałożonych przez ustawę z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz rozporządzenie Ministra GPiPS z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności, w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej. Odbiorcami danych osobowych są podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa. Są nimi również podmioty, które świadczą nam usługi (np. serwis oprogramowania). Dane osobowe są przetwarzane na czas realizacji celu, a po jego zakończeniu na czas przechowywania i archiwizacji, wynikającej z przepisów prawa tj. przez 10 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wydano ostatnie orzeczenie. Macie Państwo, prawo dostępu do treści swoich danych, uzyskania ich kopii, sprostowania, prawo do ograniczenia ich przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania w odniesieniu do danych przetwarzanych w związku z realizacją zadania w interesie publicznym (numer telefonu) oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, e-mail: [kancelaria@uodo.gov.pl](mailto:kancelaria@uodo.gov.pl)). Podanie danych osobowych jest obowiązkowe.

.....  
/pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie/