

Nr sprawy:

wypełnia pracownik

**WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
DO POWIATOWEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W PUCKU**

Wniosek o ustalenie stopnia składam (zaznacz właściwe pole):

- po raz pierwszy
 w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia
(w tym przypadku wniosek należy złożyć 30 dni przed końcem ważności poprzedniego orzeczenia)
 w związku ze zmianą stanu zdrowia (przy aktualnie ważnym orzeczeniu)

Imię i nazwisko dziecka:

Data i miejsce urodzenia dziecka

Pesel |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adres zameldowania (stały)

Adres zamieszkania (korespondencyjny)

Dane przedstawiciela ustawowego:

Imię i nazwisko

Pesel |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nr i seria dowodu osobistego

Adres zameldowania(stały)

Adres zamieszkania (korespondencyjny)

Telefon

ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA CELÓW

(zaznacz właściwe pole):

- uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego
 uzyskanie świadczenia pielęgnacyjnego
 zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
 uzyskania urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
 korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
 inne (jakie?).....

Oświadczam, że:

1. Dziecko **pobiera / pobierało** * zasiłek pielęgnacyjny do dnia.....

2. **Składano / nie składano** * uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności,
jeżeli tak, to kiedy?.....
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 i nierokującej poprawy choroby).

4. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania dodatkowych badań, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

**Informacja o zakresie opieki i pielęgnacji sprawowanej nad dzieckiem przez osobę ubiegającą się
o zasiłek pielęgnacyjny.**

I. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji :

- a. Dziecko jest leżące / porusza się samodzielnie / porusza się o kulach / na wózku inwalidzkim / z pomocą drugiej osoby *
- b. Przyjmuje pokarmy samodzielnie / jest karmione przez drugą osobę / wymaga stosowania diety (jakiej)*
.....
- c. Rodzaj ograniczenia innych czynności (np. mycie się , ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych)
.....
- d. Rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia
.....
- e. Rodzaj i częstotliwość zabiegów rehabilitacyjno-leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia, tygodnia, miesiąca
.....
- f. Częstotliwość wizyt lekarskich w domu, poza domem, w tygodniu, w miesiącu:
.....

II. Sytuacja społeczna dziecka :

- a. Dziecko uczęszcza / nie uczęszcza do przedszkola: ogólnodostępnego / integracyjnego / specjalnego, w wymiarze godzin dziennie / tygodniowo*.
- b. Dziecko uczęszcza / nie uczęszcza do szkoły ogólnodostępnej / integracyjnej / specjalnej samodzielnie / niesamodzielnie, w wymiarze godzin dziennie / tygodniowo*.
- c. Dziecko korzysta z nauczania indywidualnego w wymiarze godzin dziennie / tygodniowo)*.
- d. Dziecko korzysta / nie korzysta ze świetlicy szkolnej / stołówki szkolnej *.

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.

Wymagane załączniki:

1. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane przez lekarza leczącego nie wcześniej niż na 30 dni przed złożeniem wniosku,
2. kopie dokumentacji medycznej potwierdzającej aktualny stan zdrowia, tj. wypisy szpitalne, opisy badań itp. potwierdzone za zgodność z oryginałem (imienna pieczętka, podpis, data) lub oryginały do wglądu w chwili składania wniosku,
3. kopie orzeczeń o niepełnosprawności wydanych przez zespoły orzekające,
4. potwierdzenie z gminy o zameldowaniu dziecka na terenie powiatu puckiego,
5. odpis aktu urodzenia.

.....
data i miejscowość

.....
Podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

* niepotrzebne skreślić

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
miejscowość i data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności

(Uwaga! Zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia.)

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Nr i seria legitymacji szkolnej 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, 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 dokonanych 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 dziecko **wymaga / nie wymaga*** opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w dziecko jest trwale niezdolne do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności **TAK / NIE***

U w/w dziecka **nastąpiło / nie nastąpiło*** istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania dla celów orzecznich.

.....
stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić

..... oświadczam, że:

(imię i nazwisko)

przyjmuję do wiadomości informację, iż z uwagi na obowiązek stosowania od dnia 25 maja 2018 r. 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1) (dalej: Rozporządzenie RODO), aktualne będą poniższe zasady związane z przetwarzaniem udostępnionych przeze mnie moich danych osobowych:

1. Administratorem danych jest POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W PUCKU Z SIEDZIBĄ PRZY UL. MESTWINA 32.

2. Kontakt z Administratorem Bezpieczeństwa Informacji, (od 25 maja 2018 Inspektorem Ochrony Danych) jest możliwy za pomocą poczty elektronicznej pod adresem - iod@pcprpuck.pl

II. W/w administrator danych osobowych, zgodnie z art. 6 Rozporządzenia RODO przetwarza dane osobowe, w przypadku, gdy spełniony jest co najmniej jeden z poniższych warunków:

1. Osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów;

2. Przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;

3. Przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze;

4. Przetwarzanie jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby fizycznej;

5. Przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi;

6. Przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora lub przez stronę trzecią, z wyjątkiem sytuacji, w których nadrzędny charakter wobec tych interesów mają interesy lub podstawowe prawa i wolności osoby, której dane dotyczą, wymagające ochrony danych osobowych, w szczególności gdy osoba, której dane dotyczą, jest dzieckiem.

III. Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zapisów ustaw:

- z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej
- z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci
- objęcie ubezpieczeniem społecznym oraz zdrowotnym na podstawie ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych
- przeciwdziałanie przemocy w rodzinie na podstawie ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie
- wspieranie rodziny na podstawie ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej
- z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
- z dnia 13.05.2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym.
- z dnia 21.11.2008 r. o pracownikach samorządowych.
- z dnia 24.04.2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariatu.
- z dnia 20.06.1997 r. Prawo o ruchu drogowym.

IV. W związku z przetwarzaniem udostępnionych przez Pana/Panią danych osobowych przysługuje Pani/Panu:

1. Prawo dostępu do swoich danych, na podstawie art. 15 Rozporządzenia RODO;

2. Prawo do sprostowania swoich danych, na podstawie art. 16 Rozporządzenia RODO;

3. Prawo do usunięcia swoich danych, na podstawie art. 17 Rozporządzenia RODO;

4. Prawo do ograniczenia przetwarzania swoich danych, na podstawie art. 18 Rozporządzenia RODO;

5. Prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych na podstawie art.21 Rozporządzenia RODO;

6. Prawo do przenoszenia swoich danych , na podstawie art. 20 Rozporządzenia RODO.

V. Dane osobowe mogą być przekazywane:

a.- upoważnionym z mocy prawa podmiotom na udokumentowany wniosek

b - dostawcom systemów IT, z którymi współpracuje Administrator, w celu utrzymania ciągłości oraz poprawności działania systemów;

c. - podmiotom prowadzącym działalność pocztową lub kurierską, w celu dostarczenia korespondencji;

VI. W przypadkach, w których przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywa się na podstawie art.6 ust.1 lit a Rozporządzenia RODO, tj. zgody na przetwarzanie danych osobowych przysługuje Pani/ Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie.

VII. W przypadku uznania, że przetwarzanie przez w/w jednostkę Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych, a od dnia 25 maja 2018 r. do organu będącego jego prawnym następcą.

.....
podpis