

Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji*

- 1) Dziecko jest leżące,
porusza się: stosownie do wieku, samodzielnie, o kulach, na wózku inwalidzkim, z pomocą drugiej osoby;
- 2) Przyjmuje pokarmy: stosownie do wieku, samodzielnie, jest karmione przez drugą osobę, wymaga stosowania specjalnej diety – jeśli tak to jakiej?
- 3) Rodzaj ograniczenia innych czynności (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych).
 samodzielnie stosownie do wieku z pomocą
- 4) Rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno-leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia, tygodnia, miesiąca
- 5) częstotliwość wizyt lekarskich w domu, poza domem, w tygodniu, w miesiącu
- 6) inne informacje dotyczące stanu zdrowia dziecka

Dane dotyczące sytuacji społecznej dziecka*

Dziecko - nie uczęszcza / uczęszcza do :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> żłobek | <input type="checkbox"/> szkoła integracyjna |
| <input type="checkbox"/> przedszkole ogólnodostępne | <input type="checkbox"/> szkoła specjalna |
| <input type="checkbox"/> przedszkole integracyjne | <input type="checkbox"/> szkoła specjalna z internatem |
| <input type="checkbox"/> przedszkole specjalne | <input type="checkbox"/> oddział integracyjny |
| <input type="checkbox"/> szkoła ogólnodostępna | <input type="checkbox"/> oddział specjalny |
| <input type="checkbox"/> szkoła ogólnodostępna z internatem | <input type="checkbox"/> ośrodek szkolno - wychowawczy |

Inne (jakie?).....

Nauczanie indywidualne nie korzysta korzysta w wymiarze godzin dziennie tygodniowo

***odpowiednie zaznaczyć**

PRZYJMUJE DO WIADOMOŚCI, ŻE:

- 1) Zgodnie z art.10 § 1 kodeksu postępowania administracyjnego wnioskodawca ma możliwość czynnego udziału w każdym stadium postępowania w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności. Przed wydaniem decyzji strona ma możliwość wglądu do całości dokumentacji dowodowej w swojej sprawie oraz możliwość wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań w dniu posiedzenia składu orzekającego.
- 2) Zgodnie z art. 33 § 1, 2 i 3 kpa w przypadku ustalenia przez wnioskodawcę pełnomocnika, będącego osobą fizyczną posiadającą zdolność do czynności prawnych, pełnomocnictwo będzie udzielone na piśmie i dołączone do akt w oryginale lub urzędowo poświadczonym odpisie.
- 3) Zgodnie z art. 40 § 4 i 5 kpa w przypadku nie ustanowienia pełnomocnika wnioskodawca zamieszkały za granicą jest obowiązany wskazać w kraju pełnomocnika do doręczeń. W razie niewskazania pełnomocnika do doręczeń przeznaczone dla wnioskodawcy pisma pozostawia się w aktach sprawy ze skutkiem doręczenia.

DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:

- 1) **ORYGINAŁ** ważnego zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wystawionego nie wcześniej niż na **30 dni przed dniem złożenia wniosku**; Niewłaściwie wypełnione zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia (np. brak daty wystawienia, brak podpisu lekarza, brak pieczęci, pozostawienie rubryk bez wypełnienia) jest obarczone brakiem formalnym. Zaświadczenie nieaktualne lub z w/w brakami uniemożliwia skuteczne wszczęcie postępowania.
- 2) Posiadaną **DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ** potwierdzającą AKTUALNY stan zdrowia (kopia oraz oryginał do wglądu lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem), np. karty informacyjne leczenia szpitalnego i sanatoryjnego, wyniki badań specjalistycznych, opinie pedagogiczne, psychologiczne, konsultacje i opinie leczących specjalistów, aktualne wyniki badań laboratoryjnych, wyniki badań RTG, EKG, EEG, TK, MR oraz inne dokumenty mogące mieć istotny wpływ na ustalenie niepełnosprawności.

Upoważniam Pana/ Panią posiadającego / posiadającą numer

PESEL /.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../ do odbioru w moim imieniu orzeczenia o niepełnosprawności

.....
(podpis przedstawiciela ustawowego dziecka)

DANE TELEADRESOWE:

Wniosek wraz z posiadaną dokumentacją należy złożyć w siedzibie Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Sosnowcu, ul. 3-go Maja 33, pokój nr 123 (parter), tel. 32 296 23 45.

GODZINY PRZYJĘĆ: Poniedziałek 7:30 –17:30, Wtorek – Czwartek 9:00 – 14:00, Piątek 9:00 – 12:30.

Dodatkowe informacje można uzyskać pod numerem telefonu: 32 296 23 45 lub na stronie internetowej:

www.mops.sosnowiec.bip.info.pl (zakładka: Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności)

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych informujemy, że:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Sosnowcu przy ul. 3 Maja 33;
2. w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Sosnowcu wyznaczono inspektora ochrony danych, z którym może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, w siedzibie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sosnowcu przy ul. 3 Maja 33, pokój nr 312.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wydania orzeczenia o niepełnosprawności, na podstawie obowiązujących przepisów prawa, a także gdy przetwarzanie będzie niezbędne do wypełnienia obowiązków przez administratora w dziedzinie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej;
4. Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane następującym odbiorcom danych: podmiotom, z którymi PZON zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych;
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z jednolitego rzeczowego wykazu akt;
6. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, prawo ograniczenia przetwarzania danych osobowych na okres weryfikacji poprawności danych oraz prawo do usunięcia danych po zakończeniu okresu ich przetwarzania;
7. ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy o ochronie danych osobowych
8. podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym wynikającym z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku;
9. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób całkowicie zautomatyzowany w tym również w formie profilowania oraz nie będą przekazane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

Potwierdzam zapoznanie się z informacją:

.....
data i podpis

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)¹

.....
(miejscowość, data)

.....
(nr PESEL)

OŚWIADCZENIE

o miejscu pobytu stałego

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności, zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że moim miejscem pobytu stałego / miejscem pobytu stałego dziecka / miejscem pobytu stałego osoby w imieniu której składam wniosek² jest:

.....
(adres miejsca pobytu stałego)

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny – 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.

.....
(podpis)

¹ Osoba, której dotyczy wniosek o wydanie orzeczenia.

² Niepotrzebne skreślić.

Miejscowość

Data

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności ¹
(zaświadczenie lekarskie w całości wypełnia lekarz włącznie z danymi osobowymi pacjenta)

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Numer PESEL Numer i seria dowodu osobistego

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja - rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

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

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

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

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

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

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych

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

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

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

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta? TAK / NIE*

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną (rok)?

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie (rok)?

Ww. Pan /Pani wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji - TAK / NIE*.

W/w Pan / Pani **jest zdolny(a)** do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności.**

W/w Pan / Pani **jest trwale niezdolny(a)** do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby.**

.....
podpis i pieczęć lekarza wystawiającego zaświadczenie

UWAGA:

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia jest ważne 30 dni od daty wystawienia.

*) *niepotrzebne skreślić*

**) *odpowiednie zaznaczyć*

1. Niewłaściwie wypełnione zaświadczenie lekarskie (np. brak daty wystawienia, brak podpisu lekarza, brak pieczęci, nieautoryzowane poprawki na zaświadczeniu, pozostawienie rubryk bez wypełnienia) jest obarczone brakiem formalnym, co **uniemożliwia skuteczne wszczęcie postępowania** w sprawie orzekania o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności.