

**WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA
O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

pierwszorazowy/powtórny**/ ze względu na zmianę stanu zdrowia****

Nr sprawy **PZO.710.** **N. 20**..... (wypełnia organ)

Imię/ imiona i nazwisko dziecka.....

Data urodzeniamiejsce urodzenia..... PESEL.....

Numer i seria dokumentu tożsamości dziecka: dowód osobisty

paszport legitymacja szkolna

Adres zameldowania

Adres pobytu powyżej 2 miesięcy

(należy wypełnić jeżeli jest inny niż adres zameldowania)

Adres do korespondencji.....

(należy wypełnić jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Imię/ imiona i nazwisko przedstawiciela ustawowego*.....

*(w przypadku opiekuna prawnego – należy potwierdzić ten fakt zaświadczeniem lub postanowieniem sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego)

Adres pobytu przedstawiciela ustawowego dziecka

.....

Seria i nr dowodu tożsamości.....PESEL.....

Nr telefonu adres poczty elektronicznej:

(podanie numeru telefonu i adresu poczty elektronicznej nie jest obowiązkowe i jest jednocześnie wyrażeniem zgody na ich przetwarzanie)

**Do Powiatowego Zespołu d/s Orzekania
o Niepełnosprawności w Braniewie**

Wniosek składam w celu (*właściwie zaznaczyć*) :

1. zasiłku pielęgnacyjnego,
2. świadczenie pielęgnacyjne,
3. zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
4. innego celu (podać jaki).....

Oświadczam, że:

1. pobieram na dziecko / nie pobieram na dziecko zasiłek pielęgnacyjny,*
2. składałam wniosek / nie składałam wniosku* o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności w dniu i uzyskałam orzeczenie Nr..... z dnia ważne do dnia.....
3. dziecko może / nie może* przybyć na posiedzenie składu orzekającego (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 dziecka wydane przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie**

DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ I EDUKACYJNEJ DZIECKA:

Samoobsługa:

- dbanie o higienę osobistą samodzielnie lub stosownie do wieku / z pomocą/ opieka
- spożywanie posiłków samodzielnie lub stosownie do wieku / z pomocą/ opieka
- dziecko wymaga specjalnej diety NIE / TAK (jakiej?)
- załatwianie czynności fizjologicznych samodzielnie / z pomocą / opieka

Poruszanie się i komunikacja z otoczeniem:

- dziecko jest leżące NIE / TAK
dziecko porusza się: samodzielnie lub stosownie do wieku / TAK NIE
- dziecko korzysta z przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych lub sprzętu rehabilitacyjnego (jakich?).....
- komunikowanie się z otoczeniem samodzielnie lub stosownie do wieku / z pomocą/ brak możliwości

Nauka i edukacja:

- przedszkole nie uczęszcza / uczęszcza (ogólnodostępne, integracyjne, specjalne)
- szkoła nie uczęszcza / uczęszcza (klasa ogólnodostępna, integracyjna, specjalna)
 samodzielnie / niesamodzielnie (z kim i dlaczego?)
- dodatkowe zajęcia szkolne, pozaszkolne NIE / TAK (jakie?)
.....
- nauczanie indywidualne nie korzysta / korzysta w wymiarze godzin / dziennie / tygodniowo

Leczenie i rehabilitacja (rodzaj i częstotliwość):

- leczenie NIE / TAK (ilość wizyt lekarskich w domu tygodniowo / miesięcznie / rocznie
poza domem tygodniowo / miesięcznie / rocznie)
- rehabilitacja NIE / TAK (ilość zabiegów w ciągu dnia / tygodnia / miesiąca

Na dziecko było pobierane świadczenie pielęgnacyjne TAK / NIE

Zgodnie z § 15 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z 2021 r., poz. 857) **osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności wydane na czas określony i starająca się o jego kontynuację, może złożyć wniosek o ponowne ustalenie niepełnosprawności, nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia.**

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadoma/y odpowiedzialności za zatajenie prawdy lub podanie nieprawdy.

Do poprawnie wypełnionego wniosku należy dołączyć:

1. prawidłowo wypełnione zaświadczenie lekarskie (ważne 30 dni od daty wystawienia do daty złożenia dokumentów w Zespole),
2. kserokopie dokumentacji medycznej (historie choroby leczenia specjalistycznego, kary informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań RTG, USG, MR, TK, orzeczenia z poradni psychologiczno-pedagogicznej, opinie psychologa, pedagoga, logopedy) - **potwierdzone za zgodność z oryginałem**,
3. kserokopię posiadanego wcześniej orzeczenia o niepełnosprawności,
4. kserokopię zaświadczenia lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych.

Administratorem danych osobowych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Braniewie Pl. Piłsudskiego 2. Dane osobowe są przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. A i lit. C oraz art. 9 ust. 2 lit. B RODO (Dz. Urz. UE 2016: L.119/1), w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 44). Pełna treść informacji o przetwarzaniu danych osobowych jest dostępna na stronie internetowej PCPR w Braniewie (www.pcpr.braniewo.pl>Osoby Niepełnosprawne>Orzekanie o niepełnosprawności>Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności), jest dostępna w biurze Zespołu oraz mogą ją Państwo otrzymać na piśmie w biurze Zespołu, podczas składania wniosku.

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

*niepotrzebne skreślić