

PZON.8421.2. 201...

WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
(dla osób do 16 roku życia)

Wniosek składam (właściwe zaznaczyć **X**)

- Po raz pierwszy
 Ponownie (nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia)
 W związku ze zmianą stanu zdrowia

Dane dziecka:

Imię/imiona i nazwisko dziecka.....
Data i miejsce urodzenia dziecka.....
PESEL dzieckaSeria i nr dok. tożsamości.....
Obywatelstwo.....
Adres zameldowania (stały).....
Adres pobytu.....
Adres do korespondencji:.....

Dane przedstawiciela ustawowego dziecka:

Imię/imiona i nazwisko.....
Data i miejsce urodzenia
PESEL dzieckaSeria i nr dok. tożsamości.....
Obywatelstwo.....
Adres zameldowania (stały).....
Adres pobytu.....
Adres do korespondencji.....
Telefon kontaktowy.....

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów (właściwe zaznaczyć X):

- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
 uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego,
 uzyskania urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
 uzyskania prawa do zamieszkania w oddzielnym pokoju,
 inne cele (jakie?).....

Cel podstawowy to:.....
(jeden, najważniejszy cel)

Oświadczam, że:

1. w razie stwierdzonej przez Zespół Orzekający konieczności uzupełnienia dokumentacji medycznej poprzez wykonanie dodatkowych aktualnych badań, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza, **jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie;**
2. **zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie.** W razie zaniedbania tego obowiązku doręczenie pism pod dotychczasowy adres ma skutek prawny;
3. **dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajanie prawdy;**
4. **załączona przeze mnie dokumentacja medyczna** (kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem, bądź kopie i oryginały - do wglądu) potwierdzające stan zdrowia opisany w Zaświadczeniu Lekarskim **jest autentyczna i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów.**

.....
Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

KLAUZULA INFORMACYJNA

Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Łomży spełniając obowiązek informacyjny towarzyszący zbieraniu danych osobowych - art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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), informuje że:

1. Administratorem danych dziecka i przedstawiciela ustawowego jest **Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Łomży** reprezentowany przez **Przewodniczącego** z siedzibą w: **ul. Dworna 23B, 18-400 Łomża, e-mail: wydzial.pzon@um.lomza.pl, tel. 86 216 64 56.**
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych w PZON w Łomży, email a.kondraciuk@um.lomza.pl tel. 86 215 67 33.
3. Dane dziecka i przedstawiciela ustawowego przetwarzane będą w celu przeprowadzenia procedury związanej z orzekaniem o niepełnosprawności na podstawie art. 6b ust 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t.j.Dz.U. z 2018r. poz.511) oraz § 2 pkt 1 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003r. (Dz. U. z 2015r., poz. 1110) w sprawie orzekania niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności oraz na podstawie art.6 ust 1 pkt. a, c, d, e Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych.
4. Administrator danych nie planuje przekazywać danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy, organizacji międzynarodowej, lub do państwa trzeciego.
5. Dane dziecka i przedstawiciela ustawowego będą przechowywane przez okres 50 lat.

6. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści tych danych, oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych.
7. Przedstawiciel ustawowy ma prawo do wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania podanych przez siebie danych, a w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych do jej wycofania. Skorzystanie z prawa cofnięcia zgody nie ma wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce do momentu wycofania zgody.
8. Przedstawicielowi ustawowemu przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, iż przetwarzanie podanych przez niego danych osobowych narusza przepisy RODO;
9. Podane przez przedstawiciela ustawowego danych osobowych jest warunkiem wszczęcia postępowania w sprawie wydania legitymacji osoby niepełnosprawnej, bądź karty parkingowej. **Przedstawiciel ustawowy jest zobowiązany do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wszczęcia postępowania.**
10. Podane przez Podane przez przedstawiciela ustawowego dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

KLAUZULA ZGODY

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r., zapoznałem/am się z treścią Klauzuli i wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Łomży z siedzibą ul. Dworna 23B, 18-400 Łomża, e-mail: wydzial.pzon@um.lomza.pl, reprezentowany przez Przewodniczącego PZON, wyłącznie dla potrzeb komunikacji i ubiegania się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, legitymacji osoby niepełnosprawnej lub karty parkingowej.

.....
Data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

W A Ż N E:

Do **WNIOSKU** należy dołączyć:

1. **Oryginał ZAŚWIADCZENIA LEKARSKIEGO** o stanie zdrowia z datą wydania nie wcześniej niż 30 dni przed dniem złożenia wniosku (zaświadczenie ważne 30 dni);
2. **Kserokopię POSIADANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**/oryginały do wglądu w momencie składania wniosku;
3. **Kserokopie i oryginały do wglądu poprzednich orzeczeń** o niepełnosprawności;
4. **Kserokopię oryginał do wglądu aktu urodzenia dziecka.**