

Skarżysko-Kamienna, dnia.....

- ☐ po raz pierwszy
- ☐ w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia
- ☐ w związku ze zmianą stanu zdrowia

Nr tel/ e-mail

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

3) dziecko ☐ może / ☐ nie może* przybyć na badanie przedmiotowe (jeżeli nie, to należy do wniosku w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności i zaświadczenia o stanie zdrowia wydanego dla potrzeb powiatowego zespołu 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 wydane przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadom/a wymogu ponoszenia kosztów we własnym zakresie.

5) sytuacja społeczna dziecka:

- a) ☐ rodzina pełna / ☐ rodzina niepełna / ☐ rodzina zastępcza / ☐ dom dziecka / ☐ inne*.....
.....
- b) ilość osób w rodzinie: w tym dzieci.....
- c) dziecko ☐ uczęszcza / ☐ nie uczęszcza* do:

 przedszkola: ☐ ogólnodostępnego / ☐ integracyjnego / ☐ specjalnego*;
 szkoły: ☐ ogólnodostępnej / ☐ specjalnej*

 ☐ korzysta / ☐ nie korzysta* z nauczania indywidualnego.
- d) warunki mieszkaniowe:.....
.....
- e) dochody ☐ wystarczają / ☐ nie wystarczają* na zaspokojenie podstawowych potrzeb dziecka
- f) przedstawiciel ustawowy ☐ korzysta / ☐ nie korzysta* z systemu pomocy społecznej
- g) dziecko korzysta ze sprzętu rehabilitacyjnego: ☐ nie / ☐ tak* , jeśli tak, wymienić:
.....

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

**Zobowiązuje się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania
w sprawie (art. 41 Kodeks postępowania administracyjnego)**

Do wniosku należy załączyć:

- oryginał Zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wydanego dla potrzeb powiatowego zespołu nie wcześniej niż na 30 dni przed złożeniem wniosku,
- aktualna dokumentacja medyczna dotycząca stanu zdrowia: karty informacyjne, historię choroby, zaświadczenia, konsultacje lekarskie specjalistyczne, wyniki badań, opisy zdjęć Rtg, badania psychologiczne, itd. (oryginał + ksero)
- poprzednie orzeczenie o niepełnosprawności.

.....
podpis przedstawiciela ustawowego

właściwe zakreślić*

KLAUZULA INFORMACYJNA RODO

Zgodnie z art. 13 RODO - Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 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, zwanego dalej RODO informuje, że:

1. Administratorem Twoich danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Skarżysku-Kamienniej z siedzibą:
26-110 Skarżysko-Kamienna, Plac Floriański 1,
e-mail: on@skarzysko.powiat.pl
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować w sprawie swoich danych osobowych poprzez adres email: iod@skarzysko.powiat.pl lub pisemnie na adres administratora.
3. Podstawą prawną przetwarzania Twoich danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełniania obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w związku z realizacją zadań wynikających z aktów prawnych:
 - ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych odpowiednio w celu: wydania orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności, orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień, legitymacji osoby niepełnosprawnej,
 - ustawy z dnia 20.06.1997 r. - Prawo o ruchu drogowym, w celu wydania karty parkingowej.
4. Twoje dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazań w pkt. 3 celem przetworzenia, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z Jednolitego Rzeczonego Wykazu Akt.
5. Masz prawo do dostępu do swoich danych osobowych, żądania ich sprostowania, ograniczenia ich przetwarzania.
6. Masz prawo do żądania usunięcia danych osobowych, jeżeli dane osobowe nie są niezbędne do celów, w których zostały zebrane lub inny sposób przetwarzane.
7. W związku z przetwarzaniem Twoich danych osobowych Masz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych adres: 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2.
8. Twoje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.
9. Twoje dane osobowe zostaną ujawnione jedynie organom upoważnionym do tego przepisami prawa.
10. Twoje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.
11. Podanie danych osobowych jest niezbędne i wynika z przepisów prawa.

Potwierdzam zapoznanie się z powyższym tekstem i zrozumienie przysługujących mi praw.

.....
podpis osoby zainteresowanej lub przedstawiciela
ustawowego