

Dane osobowe przedstawiciela ustawowego:

Nazwisko

Imię (pierwsze)

Imię (drugie)

PESEL

Data i miejsce urodzenia:

obywatelstwo:

Seria i numer dokumentu tożsamości:

rodzaj dokumentu tożsamości: dowód osobisty, paszport, prawo jazdy, inne

Adres zameldowania/pobytu przedstawiciela ustawowego:

.....,

miejsowość *ulica, numer domu, numer lokalu*

.....,

kod pocztowy *poczta* *gmina*

Adres do korespondencji (wypełnić, jeśli inny niż adres zameldowania/pobytu):

.....,

miejsowość *ulica, numer domu, numer lokalu*

.....,

kod pocztowy *poczta* *numer telefonu*

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów:

- zasiłek pielęgnacyjny,
 - świadczenie pielęgnacyjne,
 - zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju,
 - korzystanie z karty parkingowej,
 - uzyskanie przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
 - inne (jakie?)
- cel podstawowy (określić jeden z powyższych):

Dane dotyczące sytuacji społecznej dziecka:

Dziecko uczęszcza do:

- żłobka,
- przedszkola ogólnodostępnego,
- przedszkola integracyjnego,
- przedszkola specjalnego,
- szkoły ogólnodostępnej,
- szkoły ogólnodostępnej z internatem,
- szkoły integracyjnej,
- oddziału integracyjnego,
- szkoły specjalnej,
- oddziału specjalnego,
- szkoły specjalnej z internatem,
- ośrodka szkolno-wychowawczego.

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że dziecko **posiada/nie posiada*** orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez **Powiatowy/Wojewódzki*** Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w:

data wydania:

wynik komisji:

2. Dziecko **pobiera/nie pobiera/pobierało*** zasiłek pielęgnacyjny do dnia

3. **Składano/nie składano*** uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, kiedy?
z jakim skutkiem?

4. Oświadczam, że 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 nie rokującej poprawy choroby.**

5. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza, **jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**

6. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o niepełnosprawności, przewodniczący Zespołu zawiadamia na piśmie o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.

7. **Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu pobytu do momentu zakończenia postępowania w sprawie.**

Art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. 2017 poz. 1257)

§ 1. W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swego adresu.

§ 2. W razie zaniedbania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

8. **Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

Art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. 2017 poz. 2204)

§ 1. 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 do lat 3.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

9. **Wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności jest autentyczna i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów.**

Art. 270 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. 2017 poz. 2204)

§ 1. Kto, w celu użycia za autentyczny, podrabia lub przerabia dokument lub takiego dokumentu jako autentycznego używa, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Tej samej karze podlega, kto wypełnia blankiet, zaopatrzony cudzym podpisem, niezgodnie z wolą podpisanego i na jego szkodę albo takiego dokumentu używa.

.....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

* niewłaściwe skreślić

Dotyczy wniosków składanych za pośrednictwem Instytucji Pomocy Społecznej

Oświadczam, że wyrażam zgodę na złożenie wniosku w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności przez

.....
*stwierdzenie własnoręcznego podpisu
przez pracownika socjalnego*

.....
*podpis przedstawiciela
ustawowego dziecka*

UWAGA:

Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności należy złożyć:

- ✓ Czytelnie podpisany przez przedstawiciela ustawowego oryginał powyższego wniosku **(dokładnie wypełnić każdą rubrykę)**.
- ✓ Oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia dziecka wydanego dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności **(dokument jest ważny przez 30 dni od daty wystawienia przez lekarza)**.
- ✓ Kserokopie **(poświadczone za zgodność z oryginałem)** wszelkiej dokumentacji potwierdzającej niepełnosprawność dziecka i mogącej mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności, np.: karty informacyjne z leczenia szpitalnego, historie choroby, badania specjalistyczne, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie. /kserokopia dokumentacji medycznej poświadczona za zgodność z oryginałem powinna zawierać: oznaczenie organu (pieczęć nagłówkowa), pieczęć urzędową „za zgodność z oryginałem”, czytelny podpis osoby upoważnionej do jej poświadczenia lub skrócony podpis (parafka) w przypadku postawienia pieczęci imiennej z pełnioną funkcją lub stanowiskiem przez upoważnionego pracownika/

KLAUZULA INFORMACYJNA

o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Płocku

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 zwanego Rozporządzeniem, Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Płocku informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Płocku z siedzibą przy ul. Zgliczyńskiego 4, tel. 24 364 02 59, e-mail: sekretariat@mopsplock.eu;
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować pod nr telefonu 24 3640276 i pod adresem e-mail: iodo@mopsplock.eu;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 511) w celu realizacji obowiązków z niej wynikających.
4. Wszelkie dane osobowe pozyskane przez Administratora przetwarzane są w formie papierowej i elektronicznej.
5. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa, a także podmioty, którym na podstawie zawartej umowy powierzono przetwarzanie danych osobowych;
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat w przypadku orzekania i 5 lat w przypadku wydawania legitymacji i kart parkingowych, zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Płocku oraz zgodnie z przepisami ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 217 z późn. zm.).
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem wynikającym z przepisów ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
9. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania;
10. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania;
11. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną

.....

data i podpis wnioskodawcy