Adnotacje urzędowe: *(pieczęć organu z datą wpływu podania)*	Numer sprawy: PZON.8421.2...……..……..…… Poprzedni numer sprawy: PZON……..……..……..…… ☐ sprawdzono z dokumentem potwierdzającym tożsamość ☐ sprawdzono w bazie ogólnopolskiej systemu EKSMOoN ☐ wprowadzono do bazy systemu EKSMOoN **UWAGI:……...……**

WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI *(dotyczy osób poniżej 16 roku życia)*

Jako przedstawiciel ustawowy[1] dziecka wnoszę o wydanie w stosunku do niego: orzeczenia o niepełnosprawności (*proszę wstawić wyłącznie JEDEN „☒" w odpowiednie miejsce*):

Po raz pierwszy	
W związku ze zmianą stanu zdrowia - *(dotyczy dzieci posiadających ważne [ostateczne i prawomocne] orzeczenie o niepełnosprawności i ubiegają się - poprzez przedstawiciela ustawowego - o jego zmianę)*	
Ponowne wydanie orzeczenia - w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia o niepełnosprawności (k*tórych ważność orzeczenia upłynie w ciągu najbliższych 30 dni* ***[UWAGA - WNIOSEK MOŻE ZOSTAĆ ZŁOŻONY NIE WCZEŚNIEJ NIŻ NA 30 DNI PRZED UPŁYWEM WAŻNOŚCI POSIADANEGO OSTATECZNEGO I PRAWOMOCNEGO ORZECZENIA*]**)	
Składano wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności – dziecko nie zostało zaliczone do osób niepełnosprawnych	
Celem ustalenia wskazania do karty parkingowej stanowiącego podstawę do ubiegania się o wydanie karty parkingowej na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 2 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. - Prawo o ruchu drogowym (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 1990, z późn. zm.; dalej: Prawo o ruchu drogowym) - *(dotyczy dzieci, które na podstawie orzeczeń o niepełnosprawności wydanych do dnia 30 czerwca 2014 r. utraciły dotychczas posiadane prawo do otrzymania karty parkingowej)*	

DANE OSOBOWE DZIECKA

Imię *(imiona)* i nazwisko: .....

Data urodzenia: ……. Miejsce urodzenia: ..... Obywatelstwo[2]:...……..….…..

Adres miejsca zameldowania *(na pobyt stały)*[3]: …./…./-…./…./…./……...……....……...……...……...

Adres miejsca pobytu[4]: …./…./-…./…./…./……..……..…….....

Nazwa, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość[5]:……..……

PESEL: …./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO DZIECKA

Imię *(imiona)* i nazwisko: .....

Data urodzenia: ……. Miejsce urodzenia: ..... Obywatelstwo[2]:…...……..….…..

Adres miejsca zameldowania *(na pobyt stały)*[3]: …./…./-…./…./…./……...……....……...……...……...

Adres miejsca pobytu[4]: …./…./-…./…./…./……...……..……...…….....

Adres do korespondencji[6]: …./…./-…./…./…./……..……...…….....

Nazwa, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość[5]:….....……..……..……..……..

PESEL: …./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./ Nr telefonu[7]: .....

---

[1] Umocowanie do działania w imieniu dziecka posiada - zgodnie z art. 98 § 1 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 682 z późn. zm.) – rodzic. Umocowanie do działania w imieniu dziecka może wynikać również z orzeczenia sądu;

[2] Konieczność podania obywatelstwa dotyczy wyłączenie cudzoziemców nieposiadających numeru PESEL;

[3] Pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania;

[4] **Adres miejsca pobytu należy wypełnić wyłącznie w przypadku osób *(Właściwą rubrykę zaznaczyć stawiając jeden znak: „☒" w polu: ☐)*:**
1) ☐ bezdomnych,
2) ☐ przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych,
3) ☐ przebywających w zakładach karnych i poprawczych,
4) ☐ przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

[5] Dokumentami potwierdzającymi tożsamość są: dowód osobisty / paszport.

[6] W przypadku zbieżności z adresem miejsca stałego pobytu / miejsca pobytu – wpisać: jak wyżej;

[7] **Podanie numeru telefonu jest dobrowolne** i służy wyłącznie do ewentualnego kontaktu niniejszego organu - do celów związanych z prowadzonym postępowaniem w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności. Natomiast brak jego podania skutkuje ograniczeniem tej formy komunikacji.

DO POWIATOWEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W BĘDZINIE

Zwracam się z wnioskiem o wydanie w stosunku do dziecka orzeczenia o niepełnosprawności dla celów *(proszę wstawić znak: „☒” w odpowiednie miejsce)***:**

1.		Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
2.		Uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego
3.		Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne
4.		Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji *(usługi socjalne, opiekuńcze, terapeutyczne i rehabilitacyjne świadczone przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki)*
5.		Uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
6.		Zamieszkania w oddzielnym pokoju *(dodatek mieszkaniowy)*
7.		Korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 2 Prawo o ruchu drogowym
8.		Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów *(wpisać jakie):*

CEL PODSTAWOWY (*WYŁĄCZNIE JEDEN Z WYŻEJ WYMIENIONYCH*): cel numer (*od 1 do 8*): ……..……

SYTUACJA SPOŁECZNA DZIECKA *(właściwe miejsca zaznaczyć stawiając w polu: ☐ znak: „☒”)***:**

Dziecko:

1. ☐ nie uczęszcza / ☐ uczęszcza w wymiarze…….godzin tygodniowo do przedszkola:

a) ☐ ogólnodostępnego,

b) ☐ integracyjnego,

c) ☐ specjalnego.

2. ☐ nie uczęszcza / ☐ uczęszcza w wymiarze…….godzin tygodniowo, do klasy*(od I do VIII)*…….. szkoły podstawowej:

a) ☐ ogólnodostępnej,

b) ☐ integracyjnej,

c) ☐ specjalnej.

3. ☐ nie korzysta / ☐ korzysta z nauczania indywidualnego w wymiarze.....godzin tygodniowo;

4. ☐ nie korzysta / ☐ korzysta ze świetlicy szkolnej;

5. ☐ nie korzysta / ☐ korzysta ze stołówki szkolnej.

ZAKRES OPIEKI I PIELĘGNACJI SPRAWOWANEJ NAD DZIECKIEM (*właściwe miejsca zaznaczyć stawiając w polu: ☐ znak: „☒”)*

1. Dziecko:

a) ☐ jest leżące**;**

b) ☐ porusza się: ☐ samodzielnie / ☐ o kulach / ☐ na wózku inwalidzkim / ☐ z pomocą drugiej osoby;

2. Dziecko przyjmuje pokarmy:

a) ☐ samodzielnie;

b) ☐ jest karmione przez drugą osobę;

c) ☐ wymaga stosowania specjalnej diety(jakiej): …….....

…….....

3. Rodzaj ograniczenia innych czynności u dziecka (*np.: mycie się / ubieranie / załatwianie czynności fizjologicznych*):

…….....

4. Rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych u dziecka w ciągu dnia:

…….....

5. Rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno-leczniczych wykonywanych u dziecka w domu i poza domem:

…….....

6. Częstotliwość wizyt lekarskich: …….....

…….....

OŚWIADCZAM, ŻE *(W przypadku pola*: ☐ - *właściwe zaznaczyć stawiając w polu znak:* ☒**):**

1. ☐ **Dziecko może /** ☐ **nie może przybyć (*wraz z opiekunem)* na posiedzenie składu orzekającego** *(W przypadku niemożności przybycia należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność uczestnictwa w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby dziecka).*
2. **Jestem świadomy/a**, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja medyczna okaże się niewystarczająca do wydania orzeczenia o niepełnosprawności, Przewodniczący Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Będzinie zawiadamia w formie pisemnej o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
3. **Zobowiązuje się** powiadomić Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Będzinie o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania - zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 2096 z późn. zm.; dalej: k.p.a.). W razie zaniedbania tego obowiązku – **jestem świadomy/a iż** doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.
4. **Dane** zawarte we wniosku w sprawie o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności są zgodne z prawdą.

.....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka[8]

DO WNIOSKU W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI NALEŻY DOŁĄCZYĆ NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY:

1. **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE** zawierające opis stanu zdrowia, wydane przez lekarza, pod którego opieką lekarską znajduje się dziecko, **WYDANE NIE WCZEŚNIEJ NIŻ NA 30 DNI PRZED DNIEM ZŁOŻENIA WNIOSKU;**
2. **DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ** *(np.: historia zdrowia i choroby dziecka / karty informacyjne leczenia szpitalnego / wyniki badań specjalistycznych)* w formie: wyciągów, odpisów, kopii *(kserokopie / skan)* lub wydruków – uwierzytelnionych za zgodność z oryginałem. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. W przypadku dostarczenia nieuwierzytelnionych kopii – należy przedstawić *(do wglądu*) oryginały. Zgodnie bowiem z art. 76a § 2b zdanie pierwsze k.p.a. - upoważniony pracownik organu prowadzącego postępowanie, któremu został okazany oryginał dokumentu wraz z odpisem, na żądanie strony, poświadcza zgodność odpisu dokumentu z oryginałem;
3. **INNE DOKUMENTY MOGĄCE MIEĆ WPŁYW NA USTALENIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** *(np.: opinie wychowawców / orzeczenia Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych)*;
4. **W PRZYPADKU WYSTĄPIENIA Z WNIOSKIEM O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PRZEZ OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ** – należy załączyć pisemną zgodę lub przedstawiciela ustawowego dziecka;
5. **W PRZYPADKU REPREZENTOWANIA STRONY PRZEZ PEŁNOMOCNIKA** – należy dołączyć akt oryginał lub urzędowo poświadczony odpis pełnomocnictwa do reprezentowania strony. Adwokat, radca prawny, rzecznik patentowy, a także doradca podatkowy mogą sami uwierzytelnić odpis udzielonego im pełnomocnictwa oraz odpisy innych dokumentów wykazujących ich umocowanie.

GODZINY PRZYJMOWANIA PODAŃ
***(ul. Ignacego Krasickiego 17; 42-500 Będzin pokój: 23-23 [parter])*:**

PONIEDZIAŁEK	07:30 – 17:00
WTOREK	07:30 – 13.00
ŚRODA	07:30 – 13:00
CZWARTEK	07:30 – 13.00
PIĄTEK	07:30 – 14:00

Numer telefonu Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Będzinie

(32) 368-08-04

[8] W przypadku niemożności złożenia podpisu – osoba niemogąca pisać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis, albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka z województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać;

KLAUZULA INFORMACYJNA

I.

[Administrator danych osobowych]

1. **Administratorem danych osobowych** (dalej: ADO) jest: Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Będzinie, ul. Ignacego Krasickiego 17, 42-500 Będzin.
2. **Użytkownicy mogą** się kontaktować z administratorem:
   1) korespondencyjnie: na wskazany powyżej adres organu;
   2) e-mailowo na adres: pzonbedzin@powiat.bedzin.pl;
   3) telefonicznie: (32) 368-08-04.

II.

[Cele, podstawy prawne, okres retencji oraz obowiązek podania danych osobowych]

1. **Państwa dane osobowe** (w tym szczególne kategorie danych osobowych) będą przetwarzane związku z realizacją obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b) oraz wykonywaniem przez administratora zadań realizowanych w interesie publicznym lub sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi (art. 6 ust. 1 lit. e RODO).W niniejszym wypadku jest to prowadzenie postępowania w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności w oparciu o przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 511 z późn. zm.; dalej: ustawa o rehabilitacji).
2. **Mogą również wystąpić** przypadki, w których ADO zwróci się o wyrażenie zgody - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO – na przetwarzanie danych osobowych w określonym celu i zakresie – w tym celu zostaną Państwo poproszeni o wyrażenie zgody. W sytuacji dobrowolności podania danych zostaną Państwo o tym fakcie poinformowani.
3. **Państwa dane osobowe** będą przechowywane – zgodnie z ustawą o rehabilitacji - przez okres 50 lat.
4. **Podanie danych osobowych** wymogiem ustawowym. Osoba, której dane dotyczą jest zobowiązana do ich podania. Inne dane osobowe podane przez Państwa (*tzn.: nie na podstawie obowiązującego przepisu prawa*), są podawane dobrowolnie, jednakże brak ich podania skutkować może m.in. ograniczeniem form komunikacji.

III.

[Odbiorcy danych użytkowników, przekazywanie danych osobowych do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowych]

1. **Państwa dane osobowe mogą być** udostępniane innym organom i podmiotom na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
2. **Dane osobowe mogą** być również ujawniane innym podmiotom przetwarzającym na zlecenie i w imieniu ADO – na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych w celu świadczenia określonych usług na rzecz ADO np.: usług teleinformatycznych, usług prawnych/doradczych.
3. **ADO nie ma** zamiaru przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej, chyba że takie zobowiązanie będzie wynikać z przepisów prawa.

IV.

[Prawa osób, których dane osobowe dotyczą]

1. Każda osoba, której dane dotyczą, ma prawo:

1) dostępu – uzyskania od ADO potwierdzenia, czy przetwarzane są jej dane osobowe. Jeżeli dane o osobie są przetwarzane, jest ona uprawniona do uzyskania dostępu do nich oraz uzyskania następujących informacji: **a) o celach** przetwarzania, **b) kategoriach danych** osobowych, **c) odbiorcach lub** kategoriach odbiorców, którym dane zostały lub zostaną ujawnione, **d) o okresie** przechowywania danych lub o kryteriach ich ustalania, **e) o prawie** do żądania sprostowania, f**) usuwania lub** ograniczenia przetwarzania danych osobowych, **g) wniesienia sprzeciwu** wobec przetwarzania.

2) do otrzymania kopii danych – uzyskania kopii danych podlegających przetwarzaniu; przy czym pierwsza kopia jest bezpłatna, a za kolejne ADO może nałożyć opłatę w rozsądnej wysokości, wynikającą z kosztów administracyjnych;

3) do sprostowania – żądania sprostowania dotyczących jej danych osobowych, które są nieprawidłowe, lub uzupełnienia niekompletnych danych;

4) do usunięcia danych – żądania usunięcia jej danych osobowych, jeżeli ADO nie ma już podstawy prawnej do ich przetwarzania lub dane nie są już niezbędne do celów przetwarzania;

5) do ograniczenia przetwarzania – żądania ograniczenia przetwarzania, gdy: **a) osoba, której** dane dotyczą, kwestionuje prawidłowość danych osobowych – na okres pozwalający ADO sprawdzić prawidłowość tych danych, **b) przetwarzanie jest** niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się ich usunięciu, żądając ograniczenia ich wykorzystywania, **c) ADO nie** potrzebuje już tych danych, ale są one potrzebne osobie, której dane dotyczącą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń, **d) osoba, której** dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania – do czasu stwierdzenia, czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie ADO są nadrzędne wobec podstaw sprzeciwu osoby, której dane dotyczą;

6) do przenoszenia danych – otrzymania w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego danych osobowych jej dotyczącą, które dostarczyła ADO, oraz żądania przesłania tych danych innemu ADO, jeżeli dane są przetwarzane na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, lub umowy z nią związane oraz jeżeli dane są przetwarzane w sposób zautomatyzowany;

7) do sprzeciwu – wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania jej danych osobowych w prawnie uzasadnionych celach ADO, z przyczyn związanych z jej szczególną sytuacją, w tym wobec profilowania. Wówczas ADO dokonuje oceny istnienia ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osób, których dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń. Jeżeli zgodnie z oceną interesy osoby, której dane dotyczą, będą ważniejsze od interesów ADO, ADO będzie zobowiązany zaprzestać przetwarzania danych w tych celach;

8) cofnięcia zgody – w każdym momencie i bez podawania przyczyny, lecz przetwarzanie danych osobowych dokonane przed cofnięciem zgody nadal pozostanie zgodne z prawem. Cofnięcie zgody spowoduje zaprzestanie przetwarzania przez administratora danych osobowych w celu, w którym zgoda ta została wyrażona – prawo to przysługuje wyłącznie w przypadku, gdy przetwarzanie danych odbywa się na podstawie Państwa zgody;

9) wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym w Polsce jest: Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

2. Aby skorzystać z wyżej wymienionych praw, osoba, której dane dotyczą, powinna skontaktować się (wykorzystując podane dane kontaktowe) z ADO i poinformować go, z którego prawa i w jakim zakresie chce skorzystać. ADO poinformuje również czy w danym przypadku istnieje możliwość skorzystania przez osobę, której dane dotyczą z jednego z powyższych praw.

V.

[Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, profilowanie]

Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

VI.

[Inspektor ochrony danych]

ADO wyznaczył Inspektora ochrony danych (dalej: IOD). Kontakt z IOD jest możliwy e-mailowo pod adresem poczty elektronicznej: inspektor_pzon@powiat.bedzin.pl albo poprzez adres korespondencyjny niniejszego organu z dopiskiem: Inspektor ochrony danych. Z IOD można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących danych osobowych przetwarzanych przez ADO.

VII.

[Co oznacza skrót RODO]

Odnosi się on do 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).