

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

(dotyczy osób, które nie ukończyły 16 roku życia)

Instrukcja wypełniania w 3 krokach

1. WYPEŁNIAJ WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznaczaj X
3. Wypełniaj kolorem niebieskim

Nr sprawy : ZO.8421.2.

Wniosek składam: (właściwe zaznaczyć znakiem X)

- ☐ Po raz pierwszy
- ☐ W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia
- ☐ W związku ze zmianą stanu zdrowia

Dane dziecka

Imię pierwsze

Imię drugie

Nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia.....

Numer PESEL

Nr aktu urodzenia.....

Nr legitymacji szkolnej

Nr i seria dowodu osobistego

Adres zameldowania

Adres pobytu powyżej 2 miesięcy (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania)

.....

Dane osobowe przedstawiciela ustawowego

Imię pierwsze

Imię drugie

Nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia.....

Numer PESEL

Nr i seria dowodu osobistego

Adres zameldowania

Adres pobytu powyżej 2 miesięcy (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania)

.....

Adres do korespondencji

Telefony kontaktowe

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów

(właściwe zaznaczyć znakiem X)

1. ☐ uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
2. ☐ uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
3. ☐ zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
4. ☐ uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
5. ☐ korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
6. ☐ innych (wymienić jakich)

Celem podstawowym jest (wybrać jeden cel od punktów 1 do 6).....

1. Oświadczam, że: (właściwe zaznaczyć znakiem X)

☐ **nie składałem (am)**

☐ **składałem (am)**

uprzednio wniosek o ustalenie niepełnosprawności:

data wydania orzeczenia

nazwa zespołu.....

nr akt.....

☐ **nie zaliczono** ☐ **zaliczono**

orzeczenie jest ważne do dnia

2. dziecko ☐ **może** ☐ **nie może** (właściwe zaznaczyć znakiem X) przybyć na posiedzenie składu orzekającego

3. dziecko ☐ **nie uczęszcza** ☐ **uczęszcza** do: (właściwe zaznaczyć znakiem X)

☐ żłobka (nazwa i miejsce)

☐ przedszkola (nazwa i miejsce)

☐ szkoły (nazwa i miejsce, klasa)

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy (art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 1138, ze zm.) - „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 od 6 miesięcy do lat 8”.

W załączeniu do wniosku przedkładam:

1. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia (oryginał), wydane przez lekarza leczącego wydane nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku.
2. Inną istotną dokumentację medyczną np. wypisy ze szpitala, badania specjalistyczne, konsultacje, inne dokumenty-**oryginały i kserokopie**.
3. Orzeczenie, Opinia Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej o zakwalifikowaniu do nauczania specjalnego, indywidualnego -**oryginał i kserokopia**.
4. Kserokopię ostatniego orzeczenia o niepełnosprawności.

.....

data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informujemy, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Przewodnicząca Miejskiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Koninie (62-500 Konin, ul. Stanisława Staszica 17),
2. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – andrzej.andrzejewski-iod@konin.um.gov.pl,
3. Pani/Pana dane osobowe, przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Koninie - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., na podstawie Art. 9 ust.1, ust.2 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r oraz Art. 6 Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j.: Dz. U. z 2023 r. poz. 100, ze zm.),
4. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną,
6. posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych oraz prawo do ich sprostowania,
7. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,
8. podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem (Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j.: Dz. U. z 2023 r. poz. 100, ze zm.) jest obligatoryjne.

.....
data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego