……
(miejscowość i data)

Do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania
o Niepełnosprawności
w Busku-Zdroju

Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

Nr sprawy PZO.8321._____

☐ Po raz pierwszy

☐ W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia

(na podstawie § 15 ust.1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności)

☐ W związku ze zmianą stanu zdrowia

(na podstawie § 15 ust.2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności

Dane osobowe dziecka:

Nazwisko i imiona_____

Data i miejsce urodzenia _____

Nr PESEL _____

Seria i nr dokumentu tożsamości (dokument zawierający co najmniej imię i nazwisko dziecka wraz z aktualnym zdjęciem albo odpis aktu urodzenia w przypadku dzieci, które nie rozpoczęły realizacji obowiązku szkolnego) _____

Adres zameldowania _____

_____

Adres pobytu (wypełnić jeżeli inny niż adres zameldowania) _____

_____

Dane osobowe przedstawiciela ustawowego:

Nazwisko i imię _____

Data i miejsce urodzenia _____

Seria i nr dokumentu tożsamości _____

Nr PESEL _____ _____

Adres zameldowania _____

_____

Adres pobytu (wypełnić jeżeli inny niż adres zameldowania) _____

_____

Adres do korespondencji _____

_____

Telefon _____

Wniosek składam dla celów * :

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

➢ **Cel podstawowy** ubiegania się o orzeczenie *(wskazać **tylko** jeden numer)* _____

Oświadczam, że:

1. dziecko pobiera / pobierało zasiłek pielęgnacyjny,
2. składano / nie składano uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności

kiedy (data komisji) _____

z jakim skutkiem _____

3. dziecko może / nie może przybyć na badanie przedmiotowe (jeżeli nie, to należy 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 świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadoma/y odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Do wniosku załączam:

1. zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Busku-Zdroju wydane w ciągu **30 dni** poprzedzających złożenie wniosku
2. posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą stanu zdrowia dziecka (kserokopie poświadczone za zgodność z oryginałem lub kserokopie i oryginały dokumentów do wglądu), jakie:

……...……
……..…..…….……
……...……
……..…….…….

Osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności wydane na czas określony może wystąpić z wnioskiem o ponowne ustalenie niepełnosprawności, nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia.

W toku prowadzonego postępowania przed Powiatowym Zespołem do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Busku-Zdroju zobowiązuję się powiadamiać o każdorazowej zmianie miejsca zamieszkania.

K L A U Z U L A I N F O R M A C Y J N A

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia Dyrektywy 95/46/WE z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 119 z dnia 4 maja 2016r.), dalej zwane jako RODO , informuję, iż:

1) Administratorem danych osobowych przetwarzanych w Starostwie Powiatowym w Busku – Zdroju jest Starosta Buski, można się z nami skontaktować:
- korespondencyjnie pod adresem: *Starostwo Powiatowe, Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Busku – Zdroju*, *ul. Armii Krajowej 19*, *28-100 Busko – Zdrój*,
- pod adresem e-mail: *starostwo@powiat.busko.pl*,
- telefonicznie: *41 3708282.*

2) Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych pod adresem
email: iod@powiat.busko.pl .

3) Dane osobowe osób zainteresowanych zbierane i przetwarzane są w celu wydania orzeczenia o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności na podstawie:
- Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
- Art. 6 ust 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.

4) Pozyskiwane od osób zainteresowanych dane osobowe nie będą udostępniane. Pozyskane od osób zainteresowanych dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom innym, niż upoważnione na podstawie ww. przepisów prawa.

5) Odbiorcą Państwa danych będą tylko uprawnione organy, legitymujące się prawnym interesem, a w szczególności Wojewódzki Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Kielcach.

6) Dane osobowe od momentu pozyskania będą przechowywane przez okres wynikający z regulacji prawnych - kategorii archiwalnej dokumentacji, określonej w jednolitym rzeczowym wykazie akt dla organów powiatu i starostw powiatowych. Kryteria okresu przechowywania ustala się w oparciu o klasyfikację i kwalifikację dokumentacji w jednolitym rzeczowym wykazie akt.

7) Osoby zainteresowane mają prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz możliwość ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.

8) Osoby zainteresowane mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

9) W większości przypadków przetwarzanie danych osobowych wynika z przepisów prawa, a ich podawanie przez klienta jest obowiązkowe. W niektórych sprawach podawanie danych osobowych może być dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji celów, o których mowa w ust. 3. W sytuacji dobrowolności podawania danych osobowych zainteresowani zostaną o tym fakcie poinformowani.

10) Dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcom w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej.

11) Dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

☐ **właściwe zaznaczyć krzyżykiem**

……
Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego