|  |
| --- |
| **Wypełnia urząd:** |
| Sprawdzono w EKSMOON |  |
| Sprawdzono dokument potwierdzający tożsamość |  |
| Przedstawiono oryginały do wglądu |  |
| Liczba przyjętych załączników |  |
| Numer sprawy: ZON.8321.1. ………..……………………….… |  |

**ZON-1/1**

**Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Rawiczu**

 **Wały J. Dąbrowskiego 2, 63 – 900 Rawicz**

 **Tel. (65) 545 35 05**

**Wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności
– dotyczy osób w wieku do 16 roku życia**

**Wniosek składam:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Po raz pierwszy (dotyczy osób, które wcześniej nie ubiegały się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności) |
|  | W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia (dotyczy osób, których ważność orzeczenia upłynie w ciągu najbliższych 30 dni) |
|  | W związku ze zmianą stanu zdrowia (dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie o niepełnosprawności i ubiegają się o jego zmianę) |
|  | Celem ustalenia wskazania do karty parkingowej (dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie o niepełnosprawności wydane do dnia 30.06.2014 r. i utraciły prawo do korzystania z karty parkingowej) (proszę postawić jeden X w odpowiednie miejsce) |

 (proszę postawić jeden X w odpowiednie miejsce)

**Dane dziecka:**

Imiona i nazwisko: ........................................................................................................................................................................ PESEL: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ Obywatelstwo**i** : …………………………………..……………….………………………………………………...
Data urodzenia: ................................................... Miejsce urodzenia: ......................................................................................... Seria i numer dokumentu tożsamości (dowód osobisty, paszport, legitymacja szkolna, akt urodzenia **ii**)\* ……………………..………………………………………………………………………………………………………….…….……………………………………………………… Adres zameldowania na pobyt stały ……....................................................................................................................................... Adres zameldowania na pobyt czasowy ……………………………......................................................................................................... Adres pobytu powyżej 2 miesięcy (jeśli jest inny, niż adresy zameldowania) ………………………………………..……..………………………… **Dane przedstawiciela ustawowego dziecka lub opiekuna prawnego:**

Imiona i nazwisko ......................................................................................................................................................................... PESEL \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ Obywatelstwo **i**: …………………………………………………………..………….…………………………….... Data urodzenia ................................................... Miejsce urodzenia ........................................................................................... Seria i numer dokumentu tożsamości (dowód osobisty, paszport)\* …………................................................................................. Adres zameldowania na pobyt stały ............................................................................................................................................. Adres zameldowania na pobyt czasowy ………………………………...................................................................................................... Adres pobytu powyżej 2 miesięcy (jeśli jest inny, niż adresy zameldowania) ………………………………..…………...………..………………… Adres do korespondencji ……………………………………....................................................................................................................... Numer telefonu .......................................................................e-mail ……………………….……..…………………..………………………………..

**Strona 1 z 3 Druk obowiązuje od 20.02.2024 r.**

**Wniosek składam dla celów:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Zasiłek pielęgnacyjny |  |
| 2. | Świadczenie pielęgnacyjne |  |
| 3. | Zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju |  |
| 4. | Urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze |  |
| 5. | Korzystanie z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów (podać jakich): …………………………………………………………………………………………………………………………………………. |  |

(proszę postawić **X** w odpowiednie miejsce)

Cel podstawowy (wyłącznie jeden) od 1 do 5 to ……….…

**Oświadczenia:**

1. Przedstawiciel ustawowy dziecka pobiera\* / pobierał\* / nie pobiera\* zasiłek pielęgnacyjny\*/ świadczenie pielęgnacyjne\* / inne\* do kiedy ........................................................................................
2. Składano\*/nie składano\* uprzednio wniosek o ustalenie niepełnosprawności: jeśli tak, to kiedy? (rok) ............................... z jakim skutkiem: NEGATYWNIE\* POZYTYWNIE\* – ważne do ...............................
3. Dziecko może\* / nie może\* przybyć na posiedzenie składu orzekającego ze względu na stan zdrowia.
4. **Jestem świadoma/y**, że jeżeli przedłożona do wniosku dokumentacja medyczna okaże się niewystarczająca do wydania orzeczenia o niepełnosprawności Przewodniczący Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Rawiczu zawiadamia o konieczności jej uzupełnienia z pouczeniem, że niedostarczenie dokumentacji w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
5. **Zobowiązuję się** powiadomić Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Rawiczu o każdej zmianie mojego adresu do momentu zakończenia postępowania, zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postepowania administracyjnego. W razie zaniedbania tego obowiązku – **jestem świadoma/y**, iż doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

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

**Strona 2 z 3 Druk obowiązuje od 20.02.2024 r.**

**Do wniosku należy załączyć:**

|  |  |
| --- | --- |
| L. p. | Rodzaj dokumentu |
| 1. | Oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia (druk ZON -1/2) - wypełnia lekarz, pod którego opieką lekarską znajduje się dziecko. Zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia. |
| 2. | Informacja dotycząca osoby orzekanej (druk ZON-1/3) wypełnia przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny dziecka.  |
| 3. | 3. Oświadczenie (druk ZON-1/4) - wypełnia przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny dziecka, gdy osoba orzekana posługuje się dokumentem tożsamości bez informacji o adresie zameldowania, a także w przypadku zmiany miejsca zamieszkania |
| 4. | Oświadczenie (druk ZON-1/5) - wypełnia przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny dziecka w przypadku ubiegania się o wydanie nowego orzeczenia ze wskazaniem do karty parkingowej. Dotyczy osób, które posiadają ważne orzeczenie (wydane przed 30.06.2014 r.) i utraciły prawo do posługiwania się kartą parkingową |
| 5. | Kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem lub kserokopie i oryginały do wglądu posiadanej dokumentacji medycznej (np.: książeczka zdrowia dziecka, historie chorób, opinie i badania specjalistyczne, karty informacyjne ze szpitala, konsultacje, wyniki opisowe badań RTG, EKG, EEG, TK, MR, USG i inne) oraz wszelkie inne dokumenty niemedyczne mogące mieć wpływ na wydanie orzeczenia o niepełnosprawności (np. opinia Poradni Psychologiczno Pedagogicznej itp.). |
| 6. | Do wglądu dokument tożsamości dziecka oraz przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego. |

Miejscowość, data …………......................... ..........................................................................

 czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

 lub opiekuna prawnego dziecka

**Strona 3 z 4 Druk obowiązuje od 20.02.2024 r.**

 **Klauzula Informacyjna**

**(Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności)**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 4 maja 2016 r., str. 1 oraz Dz. Urz. UE L 127 z 23 maja 2018 r., str. 2) – nazywanego dalej RODO, informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności reprezentowany przez Przewodniczącą z siedzibą w Rawiczu przy ul. Wały J. Dąbrowskiego 2, e-mail: zon@powiatrawicki.pl, tel. 65 545-35-05.
2. Współadministratorami Państwa danych osobowych są:
* Starosta Rawicki w zakresie zapewnienia ochrony pomieszczeń, obsługi korespondencji oraz archiwizacji akt postepowań;
* Pełnomocnik Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych oraz Minister Rodziny
i Polityki Społecznej w zakresie danych zgromadzonych w Elektronicznym Krajowym Systemie Monitorowania i Orzekania o Niepełnosprawności (EKSMON).
1. W sprawach związanych z przetwarzaniem Państwa danych osobowych można kontaktować się z wyznaczonym przez Starostę Rawickiego Inspektorem Ochrony Danych przez e-mail: inspektor@powiatrawicki.pl lub pisemnie na adres: Starostwo Powiatowe
w Rawiczu (IOD), ul. Rynek 17, 63-900 Rawicz.
2. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu wydania orzeczeń o: niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, wskazaniach do ulg i uprawnień oraz wydawania legitymacji osobom niepełnosprawnym i kart parkingowych na podstawie ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, ustawy z dnia 20.06.1997 r. prawo o ruchu drogowym, rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15.07.2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności, rozporządzenie Ministra Pracy
i Polityki Społecznej z dnia 25.06.2014 r. w sprawie wzoru oraz trybu wydawania i zwrotu kart parkingowych.

Podstawą do przetwarzania Państwa danych jest konieczność realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) oraz zapewnienia zabezpieczenia społecznego na podstawie przepisów prawa (art. 9 ust. 2 lit. b i h).

W pozostałych wypadkach dane będą przetwarzane na podstawie udzielonej zgody
w wyraźnie oznaczonych, odrębnych celach (art. 6 ust. 1 lit. a RODO).

1. W zakresie danych osobowych, w stosunku do których została wyrażona zgoda, mają Państwo prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie z zastrzeżeniem, że cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
2. Podanie przez Państwo danych osobowych jest obowiązkowe, w zakresie danych przetwarzanych na podstawie przepisów prawa i jest niezbędne do przeprowadzenia postępowania. Skutkiem niepodania danych osobowych będzie pozostawienie sprawy bez rozpatrzenia.
3. Państwa dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom uprawnionym do obsługi doręczeń oraz podmiotom z którymi administrator danych osobowych zawarł stosowne umowy powierzenia przetwarzania danych.
4. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do załatwienia sprawy, w której zostały one zebrane, a następnie – w przypadkach w których wymagają tego przepisy ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach przez czas określony w tych przepisach.
5. Zgodnie z RODO przysługuje Państwu prawo do:
* dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
* sprostowania (poprawiania) swoich danych,
* ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
* usunięcia swoich danych (dotyczy tylko danych przetwarzanych na podstawie wyrażonej zgody, art. 6 ust. 1 lit. a RODO);
* wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych na adres: UODO ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
1. Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym również profilowaniu.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**i** dotyczy cudzoziemca nieposiadającego numeru PESEL

**ii** dotyczy dziecka do osiągnięcia wieku szkolnego

 **\*** skreśl niepotrzebne

**Strona 3 z 4 Druk obowiązuje od 20.02.2024 r.**