

Oświadczenia :

1. Oświadczam, że dziecko **pobiera**, **pobierało*** zasitek pielęgnacyjny w okresie od..... do.....
2. Oświadczam, że **nie składano**, **składano*** uprzednio wniosek o ustalenie niepełnosprawności dziecka, jeżeli tak, to gdzie i kiedy z jakim skutkiem.....
3. Oświadczam, że na posiedzenie składu orzekającego:*
 dziecko przybędzie z opiekunem,
 dziecko nie może przybyć
4. Dziecko uczęszcza do szkoły/ przedszkola/ żłobka* (ogólnodostępnej, specjalnej, ogólnodostępnej z internatem, z oddziałem integracyjnym, z oddziałem specjalnym, Ośrodek Szkolno- Wychowawczy*)
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 nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.
6. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania (zgodnie z art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego).
7. **Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej, która stanowi załącznik nr 1 do wniosku, dotyczącej przetwarzania moich danych osobowych oraz osoby w imieniu której składam wniosek przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Górze.**

Jestem świadomy (a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

! Do wniosku należy dołączyć:

1. kserokopie posiadanej dokumentacji medycznej z procesu leczenia.
2. dotychczasowe orzeczenie o grupie inwalidzkiej lub niepełnosprawności.
3. kserokopie skróconego aktu urodzenia dziecka.

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

Data.....

.....

**podpis przedstawiciela ustawowego
dziecka**

* właściwe zaznaczyć krzyżykiem

** Dane nieobowiązkowe - wnioskodawca nie musi ich podawać, choć ich podanie może ułatwić kontakt z wnioskodawcą w celu rozpatrzenia wniosku i załatwienia sprawy.

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość.....
Data.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia dziecka wydane dla potrzeb
POWIATOWEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA
O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Imię i Nazwisko.....

urodzonego/ej/ (data urodzenia dziecka)

zamieszkałego/ej/

którego tożsamość ustalono na podstawie /nazwa, seria i numer dokumentu/

PESEL

stwierdza się co następuje:

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....
.....
.....
.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego- początek(ustalony na podstawie jakiej dokumentacji),
stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby

.....
.....
.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące: \

.....
.....
.....

4. Zastosowanie leczenia i rehabilitacji - rodzaje, czas trwania, pobyt w szpitalu, sanatorium

.....
.....
.....

5. Ocena wyników leczenia, rokowanie (możliwość poprawy),dalsze leczenie i rehabilitacja:

.....
.....
.....

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....
.....

7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych potwierdzających rozpoznanie stanowiących załączniki do niniejszego zaświadczenia

.....
.....
.....

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych załączonych do zaświadczenia

.....
.....
.....

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (data)

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data)

W/w pacjent **wymaga / nie wymaga** ** opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w pacjent jest **zdolny/ nie jest zdolny** ** do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności.

Uzasadnienie (jeżeli nie jest zdolny)

.....
.....
.....

U w/w pacjenta nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia od czasu poprzedniego badania przez zespół TAK/NIE

pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

**niepotrzebne skreślić

! Zaświadczenie należy wypełnić czytelnie we wszystkich punktach.
Zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia.

Załącznik nr 1

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH W związku z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest : Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Górze, ul. Armii Polskiej 8, 56-200 Góra.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych: iodo@amt24.biz, tel. 76 300 01 40.
3. Administrator przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu/celach:
 - a) wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze - art. 6 pkt.1 lit. c RODO;
 - b) realizacji umowy - art. 6 pkt. 1 lit.b RODO;
 - c) w pozostałych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody - art. 6 pkt. 1 lit. a RODO.
5. W związku z przetwarzaniem danych w celach o których mowa w pkt. 4 odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:
 - a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
 - b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Administratorem przetwarzają dane osobowe.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu dla którego zostały zebrane. W szczególności dane mogą być również przetwarzane przez wynikający z przepisów prawa okres związany z dochodzeniem i przedawnieniem roszczeń.
7. Posiada Pani/Pan prawo do edycji, wglądu, informacji o źródle pozyskania, sprzeciwu na dalsze przetwarzanie, a także prawo do bycia zapomnianym, chyba że w przepisach prawa wyraźnie wskazano inaczej lub żądanie stoi w sprzeczności z prawnie uzasadnionym interesem Administratora.
8. W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby na przetwarzanie danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit a RODO), przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, zgodnie z obowiązującym prawem.
9. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, w Polsce jest nim Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-913 Warszawa.
10. Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również profilowaniu.
11. Administrator nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych osobowych do państw trzecich (tj. państw spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego obejmującego Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię) lub do organizacji międzynarodowych.
12. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym w zakresie, o którym mowa w pkt. 4a i jest warunkiem zawarcia umowy w zakresie o którym mowa w pkt.4b.
13. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, podanie przez Panią/Pana danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.