

**Wniosek  
o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla dziecka do lat 16-stu**

Wniosek składam:  pierwszy raz     kolejny raz (kontynuacja)  
 celem zmiany wskazań     w związku ze zmianą stanu zdrowia

**Dane dziecka:**

Imię i nazwisko.....

Nr PESEL     Data urodzenia.....

Nr aktu urodzenia/legitymacji szkolnej/dowodu osobistego/paszportu .....

Adres zameldowania.....

Adres zamieszkania.....

**Dane przedstawiciela ustawowego dziecka:**

Imię i nazwisko.....

Nr PESEL

Adres zameldowania.....

Adres zamieszkania.....

Adres do korespondencji.....

Nr telefonu .....

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania  
o Niepełnosprawności w Gdyni**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie mi orzeczenia o niepełnosprawności dla celów:

**CEL PODSTAWOWY** (wybrać jeden z niżej wymienionych) .....

**a także dla celów (właściwe zaznaczyć znakiem X):**

- zasiłek pielęgnacyjny  
 świadczenie pielęgnacyjne  
 inny (podać jaki) .....

**Oświadczam, że:**

1.  **Składano** /  **Nie składano\*** uprzednio wniosek o ustalenie niepełnosprawności:

**jeżeli tak, to:** Nr orzeczenia, ....., z dnia .....  
(data wydania orzeczenia)

**ze skutkiem:**  zaliczyć /  nie zaliczyć do osób niepełnosprawnych,  
orzeczenie wydane na okres do: .....  
(data ważności orzeczenia)

2. 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.**

3. 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.

4. **Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu** do momentu zakończenia postępowania w sprawie (art.41 Kodeksu postępowania administracyjnego).

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

.....  
data i **czytelny podpis** przedstawiciela ustawowego dziecka

\*właściwe zaznaczyć

## Informacja o zakresie opieki i pielęgnacji sprawowanej nad dzieckiem

### 1. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji:

- a) dziecko:  
jest leżące / porusza się samodzielnie / porusza się o kulach / na wózku inwalidzkim / z pomocą drugiej osoby\*
- b) przyjmuje pokarmy:  
samodzielnie / jest karmione przez drugą osobę / wymaga stosowania specjalnej diety (jakiej?)\*.....
- c) rodzaj ograniczenia innych czynności (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych) .....
- .....
- d) rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia  
.....
- .....
- e) rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno – leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia / tygodnia / miesiąca\*
- .....
- .....
- f) częstotliwość wizyt lekarskich w domu / poza domem / w tygodniu / w miesiącu\*
- .....
- .....

### 2. Sytuacja społeczna dziecka:

- a) dziecko uczęszcza / nie uczęszcza\* do przedszkola:  
ogólnodostępnego / integracyjnego / specjalnego\* w wymiarze ..... godzin dziennie / tygodniowo\*
- b) dziecko uczęszcza / nie uczęszcza\* do szkoły:  
ogólnodostępnej / integracyjnej / specjalnej\* - samodzielnie / niesamodzielnie\*, w wymiarze ..... godzin tygodniowo
- c) dziecko korzysta / nie korzysta\* z nauczania indywidualnego w wymiarze ..... godzin dziennie / tygodniowo\*
- d) dziecko korzysta / nie korzysta\* ze świetlicy szkolnej / stołówki szkolnej\*

### 3. Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a o tym, że:

- a) Administratorem danych osobowych moich i dziecka jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Gdyni (81-395) przy ul. Władysława IV 43, tel. 58 880 83 78, mail: pzon@gcz.gdynia.pl.
- b) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, mail: iod@gcz.gdynia.pl.
- c) Dane osobowe moje i dziecka będą przetwarzane w celu wydania orzeczenia o niepełnosprawności oraz innych dokumentów z orzeczeniem związanych, a także archiwizacji na podstawie art. 6 ust. 1, lit. c) RODO.
- d) Przysługuje mi prawo do dostępu, sprostowania oraz usunięcia danych osobowych dziecka, ograniczenia ich przetwarzania, do ich przenoszenia, a także prawo do wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych.
- e) Przysługuje mi prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, zajmującego się ochroną danych osobowych, w sytuacji uznania, że dane przetwarzane są niezgodnie z przepisami prawa.
- f) Okres przetwarzania danych osobowych moich i dziecka przez Administratora wynika z określonych przepisów prawa oraz Instrukcji Kancelaryjnej.
- g) Dane osobowe moje i dziecka mogą być udostępnione innym podmiotom z którymi Administrator zawarł umowy o powierzeniu danych osobowych i nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz profilowaniu.

**PRAWDZIWOŚĆ POWYŻSZYCH INFORMACJI POTWIERDZAM WŁASNORĘCZNYM PODPISEM**

.....  
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

\*właściwe zaznaczyć