

Znak sprawy:

MZON-8421.2. 202..... (.....)

.....

(data wpływu i podpis osoby przyjmującej)

**WNIOSEK (dla osób poniżej 16 roku życia)
o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności
po raz pierwszy*/kolejny*/ze względu na zmianę stanu zdrowia***

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia dziecka.....

Adres zameldowania dziecka

Adres pobytu dziecka

Numer aktu urodzenia lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

Numer PESEL dziecka:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dane przedstawiciela ustawowego dziecka:

Imię i nazwisko:

Numer PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Seria i numer dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

Adres zameldowania:

Adres pobytu:

Adres do korespondencji:

Numer telefonu

Adres e-mail

**Do Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Koszalinie.
Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów*:**

- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- konieczności stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w związku ze znaczne ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji (**świadczenie pielęgnacyjne**),
- konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji, edukacji (**zasitek pielęgnacyjny**),
- spełniania przez osobę niepełnosprawną przesłanek określonych w art. 8 ust. 3a pkt 2 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym (**karta parkingowa**)
- prawa do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
- inne (jakie)
- **CEL PODSTAWOWY**

Dane dotyczące sytuacji społecznej i wykształcenia dziecka:

- a) wykonywanie czynności samoobsługowych:
samodzielnie / z pomocą / nie dotyczy ze względu na wiek dziecka*
- b) poruszanie się w środowisku:
samodzielnie / z pomocą / nie dotyczy ze względu na wiek dziecka*
- c) korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego (jakiego)
- d) wykształcenie
- e) obecny profil kształcenia (profil, nazwa szkoły, klasa)
-

Oświadczam, że:

1. dziecko pobiera / pobierało zasiłek pielęgnacyjny* od do
2. na dziecko pobierane było / pobierane jest* świadczenie pielęgnacyjne od do
3. składano / nie składano* uprzednio wnioski o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności kiedy z jakim skutkiem
4. 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),
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 do informowania Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Koszalinie (zgodnie z art. 41 kpa) o zmianie adresu lub miejsca pobytu.

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

Jednocześnie oświadczam, że zostałem zapoznany z klauzulą informacyjną, załączoną do wniosku.

W załączeniu przedkładam:

1. Zaświadczenie lekarskie zawierające opis stanu zdrowia dziecka, wydane przez lekarza, pod którego opieką znajduje się dziecko. **UWAGA! Ważne 30 dni od daty wydania – w całości wypełnia lekarz, wraz z datą i danymi dziecka.**
2. Kserokopie posiadanej dokumentacji medycznej: karty informacyjne leczenia szpitalnego, opisy dokumentacji radiologicznej, aktualne wyniki badań diagnostycznych, opinię psychologiczną, orzeczenie poradni psychologiczno – pedagogicznej oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności – oryginały do wglądu.
3. Kserokopia skróconego odpisu aktu urodzenia dziecka (oryginał do wglądu).
4. Poprzednie orzeczenie do wglądu, kserokopia w przypadku jego wydania przez inny organ.

.....
(czytelny podpis przedstawiciela ustawowego dziecka)

* właściwe podkreślić

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych pozyskanych od osoby, której dane dotyczą/osoby której dane dotyczą dla przedstawiciela ustawowego tej osoby

Zgodnie z art 13 ust 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (dalej RODO), informujemy, że:

1. Administratorami Pana/i danych osobowych jest Gmina Miasto Koszalin, reprezentowana przez Prezydenta Miasta Koszalin – Urząd Miejski ul. Rynek Staromiejski 6-7, e-mail: koszalin@um.koszalin.pl oraz pełnomocnik i minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego

2. W Urzędzie Miejskim w Koszalinie został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych: Mariusz Krasicki Urząd Miejski ul. Rynek Staromiejski 6-7 e-mail: iodo@um.koszalin.pl

3. Przetwarzanie Pana/i danych osobowych jest prowadzone w celu wydania orzeczenia o niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności przez Urząd Miejski w Koszalinie - Miejski Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Koszalinie, a także innych generowanych dokumentów w toku postępowania. Podstawa prawna:

a) art 6 ust 1 lit. c i art 9 ust 2 lit. h RODO

b) art. 6 b i art. 6 d ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U z 2023, poz. 100 ze zm.)

c) Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 28 listopada 2007 r. w sprawie warunków, sposobu oraz trybu gromadzenia i usuwania danych w ramach Elektronicznego Krajowego Systemu Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności (Dz. U. z 2007 r., nr 228, poz. 1861)

4. Dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom w celu prawidłowej realizacji zadań na podstawie umowy powierzenia danych osobowych lub instytucjom uprawnionym do przetwarzania danych osobowych na mocy przepisów prawa.

5. Dane osobowe przetwarzane na podstawie Pani/Pana zgody będą przechowywane do czasu osiągnięcia celu w jakim je pozyskałiśmy. Dane osobowe przetwarzane na podstawie przepisów prawa, głównie w postępowaniach administracyjnych, będą przechowywane przez czas wskazany w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r.

w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.

6. Posiada Pani/Pan prawo:

- na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych;

- na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania danych osobowych;

- na podstawie art. 18 RODO prawo do żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO;

- prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

7. Nie przysługuje Pani/Panu:

- w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;

- prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO

- na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych.

8. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym zgodnie z art. 6b ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U z 2023, poz. 100, ze zm.).

9. Pana/i dane osobowe/ osoby, której, jest Pan/i przedstawicielem ustawowym, nie będą podlegały profilowaniu w rozumieniu art. 22 RODO.

