

Adnotacje urzędowe:
(pieczęć organu z datą wpływu podania)

Numer sprawy: MZON.4030.D-...../20

Poprzedni numer sprawy: MZON.....

- sprawdzono z dokumentem potwierdzającym tożsamość
 sprawdzono w bazie ogólnopolskiej systemu EKSMOoN
 wprowadzono do bazy systemu EKSMOoN

UWAGI:.....

WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI **(dotyczy osób poniżej 16 roku życia)**

Jako przedstawiciel ustawowy¹ dziecka wnoszę o wydanie w stosunku do niego: orzeczenia o niepełnosprawności (proszę wstawić wyłącznie JEDEN „” w odpowiednie miejsce):

| | |
|--|--|
| Po raz pierwszy | |
| W związku ze zmianą stanu zdrowia - (dotyczy dzieci posiadających ważne [ostateczne i prawomocne] orzeczenie o niepełnosprawności i ubiegają się - poprzez przedstawiciela ustawowego - o jego zmianę) | |
| Ponowne wydanie orzeczenia - w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia o niepełnosprawności (których ważność orzeczenia upływie w ciągu najbliższych 30 dni [UWAGA - WNIOSEK MOŻE ZOSTAĆ ZŁOŻONY NIE WCZEŚNIEJ NIŻ NA 30 DNI PRZED UPLYWEM WAŻNOŚCI POSIADANEGO OSTATECZNEGO I PRAWOMOCNEGO ORZECZENIA]) | |
| Składano wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności – dziecko nie zostało zaliczone do osób niepełnosprawnych | |
| Celem ustalenia wskazania do karty parkingowej stanowiącego podstawę do ubiegania się o wydanie karty parkingowej na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 2 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. - Prawo o ruchu drogowym (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 1990, z późn. zm.; dalej: Prawo o ruchu drogowym) - (dotyczy dzieci, które na podstawie orzeczeń o niepełnosprawności wydanych przed dniem 1 lipca 2014 r. utraciły dotychczas posiadane prawo do otrzymania karty parkingowej) | |

DANE OSOBOWE DZIECKA

Imię i nazwisko:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia: Obywatelstwo²:

Adres miejsca zameldowania (na pobyt stały)³:/...../...../...../...../...../.....

Adres miejsca pobytu⁴:/...../...../...../...../...../.....

Nazwa, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość⁵:

PESEL:/...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO DZIECKA

Imię i nazwisko:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia: Obywatelstwo²:

Adres miejsca zameldowania (na pobyt stały)³:/...../...../...../...../...../.....

Adres miejsca pobytu⁴:/...../...../...../...../...../.....

Adres do korespondencji⁶:/...../...../...../...../...../.....

Nazwa, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość⁵:

PESEL:/...../...../...../...../...../...../...../...../...../..... Nr telefonu⁷:

¹ Umocowanie do działania w imieniu dziecka posiada - zgodnie z art. 98 § 1 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 682 z późn. zm.) – rodzic. Umocowanie do działania w imieniu dziecka może wynikać również z orzeczenia sądu;

² Konieczność podania obywatelstwa dotyczy wyłączenie cudzoziemców nieposiadających numeru PESEL;

³ Pobyt stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania (Dz.U.z2017, poz.657 ze zm.art.25 ust.1)

⁴ Adres miejsca pobytu należy wypełnić wyłącznie w przypadku osób (Właściwą rubrykę zaznaczyć stawiając jeden znak: „” w polu:):

- 1) bezdomnych,
- 2) przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych,
- 3) przebywających w zakładach karnych i poprawczych,
- 4) przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

⁵ Dokumentami potwierdzającymi tożsamość są: dowód osobisty / paszport/legitymacja szkolna/akt urodzenia dziecka

⁶ W przypadku zbieżności z adresem miejsca stałego pobytu / miejsca pobytu – wpisać: jak wyżej;

⁷ Podanie numeru telefonu jest dobrowolne i służy wyłącznie do ewentualnego kontaktu niniejszego organu - do celów związanych z prowadzonym postępowaniem w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności. Natomiast brak jego podania skutkuje ograniczeniem tej formy komunikacji.

DO MIEJSKIEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W MYSŁOWICACH

Zwracam się z wnioskiem o wydanie w stosunku do dziecka orzeczenia o niepełnosprawności dla celów (proszę wstawić znak: „☒” w odpowiednie miejsce):

| | |
|----|--|
| 1. | Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego |
| 2. | Uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego |
| 3. | Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne |
| 4. | Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (usługi socjalne, opiekuńcze, terapeutyczne i rehabilitacyjne świadczone przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki) |
| 5. | Uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze |
| 6. | Zamieszkania w oddzielnym pokoju (dodatek mieszkaniowy) |
| 7. | Korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 2 Prawo o ruchu drogowym |
| 8. | Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów (wpisać jakie): |

CEL PODSTAWOWY (WYŁĄCZNIE JEDEN Z WYŻEJ WYMIENIONYCH): cel numer (od 1 do 8):

SYTUACJA SPOŁECZNA DZIECKA (właściwe miejsca zaznaczyć stawiając w polu: znak: „☒”):

Dziecko:

1. nie uczęszcza / uczęszcza w wymiarze.....godzin tygodniowo do przedszkola:
 - a) ogólnodostępnego,
 - b) integracyjnego,
 - c) specjalnego.
2. nie uczęszcza / uczęszcza w wymiarze.....godzin tygodniowo, do klasy(od I do VIII)..... szkoły podstawowej:
 - a) ogólnodostępnej,
 - b) integracyjnej,
 - c) specjalnej.
3. nie korzysta / korzysta z nauczania indywidualnego w wymiarze.....godzin tygodniowo;
4. nie korzysta / korzysta ze świetlicy szkolnej;
5. nie korzysta / korzysta ze stołówki szkolnej.

ZAKRES OPIEKI I PIELĘGNACJI SPRAWOWANEJ NAD DZIECKIEM (właściwe miejsca zaznaczyć stawiając w polu: znak: „☒”)

1. Dziecko:

- a) jest leżące;
- b) porusza się: samodzielnie / o kulach / na wózku inwalidzkim / z pomocą drugiej osoby;

2. Dziecko przyjmuje pokarmy:

- a) samodzielnie;
- b) jest karmione przez drugą osobę;
- c) wymaga stosowania specjalnej diety(jakiej):

3. Rodzaj ograniczenia innych czynności u dziecka (np.: mycie się / ubieranie / załatwianie czynności fizjologicznych):

4. Rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych u dziecka w ciągu dnia:

5. Rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno-leczniczych wykonywanych u dziecka w domu i poza domem:

6. Częstotliwość wizyt lekarskich w domu/poza domem, w tygodniu/w miesiącu.....

OŚWIADCZAM, ŻE (W przypadku pola: - właściwe zaznaczyć stawiając w polu znak:):

- Dziecko może / nie może przybyć (wraz z opiekunem) na posiedzenie składu orzekającego (W przypadku niemożności przybycia należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność uczestnictwa w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby dziecka).
- Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja medyczna okaże się niewystarczająca do wydania orzeczenia o niepełnosprawności, Przewodniczący Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Mysłowicach zawiadania w formie pisemnej o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
- Zobowiązuje się powiadomić Miejski Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Mysłowicach o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania - zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 2096 z późn. zm.; dalej: k.p.a.). W razie zaniedbania tego obowiązku – **jestem świadomy/a iż** doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.
- Dane zawarte we wniosku w sprawie o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności są zgodne z prawdą.

.....
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka⁸

**DO WNIOSKU W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI NALEŻY DOŁĄCZYĆ
NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY:**

- ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE** zawierające opis stanu zdrowia, wydane przez lekarza, pod którego opieką lekarską znajduje się dziecko, **WYDANE NIE WCZEŚNIEJ NIŻ NA 30 DNI PRZED DNIEM ZŁOŻENIA WNIOSKU.**
 - DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ** (np.: historia zdrowia i choroby dziecka / karty informacyjne leczenia szpitalnego / wyniki badań specjalistycznych) w formie: wyciągów, odpisów, kopii (kserokopie / skany) lub wydruków – uwierzytelnionych za zgodność z oryginałem. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych ma obowiązek udostępnić dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. W przypadku dostarczenia niewierzytelnych kopii – należy przedstawić (*do wglądu*) oryginały. Zgodnie bowiem z art. 76a § 2b zdanie pierwsze k.p.a. - upoważniony pracownik organu prowadzącego postępowanie, któremu został okazany oryginał dokumentu wraz z odpisem, na żądanie strony, poświadcza zgodność odpisu dokumentu z oryginałem.
 - INNE DOKUMENTY MOGĄCE MIEĆ WPLYW NA USTALENIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** (np.: opinie wychowawców / orzeczenia Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych).
-
- W PRZYPADKU WYSTĄPIENIA Z WNIOSKIEM O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PRZEZ OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ** – należy załączyć pisemną zgodę lub przedstawiciela ustawowego dziecka.
 - W PRZYPADKU REPREZENTOWANIA STRONY PRZEZ PEŁNOMOCNIKA** – należy dołączyć akt oryginał lub urzędowo poświadczony odpis pełnomocnictwa do reprezentowania strony. Adwokat, radca prawny, rzecznik patentowy, a także doradca podatkowy mogą sami uwierzytelnić odpis udzielonego im pełnomocnictwa oraz odpisy innych dokumentów wykazujących ich umocowanie.

GODZINY PRZYJMOWANIA PODAŃ
(ul. Brzezińska 21, 41-400 Mysłowice)

| | |
|--------------|--------------|
| PONIEDZIAŁEK | 9:30 - 17:00 |
| WTOREK | 8:30 - 14:00 |
| ŚRODA | 8:30 - 14:00 |
| CZWARTEK | 8:30 - 14:00 |
| PIĄTEK | 8:30 - 13:30 |

**Numer telefonu Miejskiego Zespołu do Spraw
Orzekania
o Niepełnosprawności w Mysłowicach**

(32) 223 85 85

W CZASIE PRACY KOMISJI WNIOSKÓW NIE PRZYJMUJEMY.

⁸ W przypadku niemożności złożenia podpisu – pracownik przyjmujący wniosek pisze informację dotyczącą przyczyny niezłożenia podpisu.

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY DOTYCZĄCY PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

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 informujemy, że:

- Administratorem danych osobowych klientów jest Miejski Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Mysłowicach mający siedzibę przy ul. Brzezińskiej 21, 41-400 Mysłowice, reprezentowany przez Przewodniczącego Miejskiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Mysłowicach;
- W MZON w Mysłowicach wyznaczono inspektora ochrony danych osobowych – Agnieszkę Kotwas, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych pod adresem email: agnieszka.kotwas@mops-myslowice.pl;
- Dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia złożonych wniosków o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności oraz wskazaniach do ulgi uprawnień osób posiadających orzeczenia o inwalidztwie lub niezdolności do pracy, o których mowa w art. 5 i 62 ustawy, zwane dalej „orzeczeniami o wskazaniach do ulg i uprawnień” , na podstawie art. 6 ust. 1 pkt c oraz art. 9 ust. 2 pkt b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych oraz art. 6b ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2018r poz. 511 z póź. zm.);
- Dane osobowe będą przekazywane następującym podmiotom przetwarzającym w rozumieniu art. 4 pkt 8 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych: podmiotom, z którymi Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Mysłowicach zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych: Członkom Miejskiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności;
- Dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z jednolitego rzeczowego wykazu akt tj. dokumenty dotyczące orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności przez 50 lat, natomiast dokumentacja dotycząca legitymacji dla osób niepełnosprawnych przez 5 lat;
- Każda osoba, której danymi dysponuje MZON w Mysłowicach ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania;
- Każda osoba, której danymi dysponuje MZON w Mysłowicach ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
- Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku;
- Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Po zapoznaniu się z informacją dot. przetwarzania danych osobowych jak wyżej, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych obejmujących dane osobowe przekazane w celu rozpoznania wniosku o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności /wskazaniach do ulg i uprawnień.

Mysłowice, dnia

Podpis