



## 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 dziecka<sup>8</sup>

---

**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 celu złożenia wniosków prosimy o wcześniejsze telefoniczne ustalenie terminu wizyty!**

---

<sup>8</sup> 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](mailto: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 .....