

INFORMACJA

o zakresie opieki i pielęgnacji sprawowanej nad dzieckiem,
przez osobę ubiegającą się o zasiłek

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o zasiłek

.....

Imię i nazwisko dziecka

.....

Data urodzenia

.....

Miejsce zamieszkania

.....

I. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji:

1. Dziecko jest leżące*, porusza się: samodzielnie*, o kulach*, na wózku inwalidzkim*, z pomocą drugiej osoby*;
2. Przyjmuje pokarmy samodzielnie*, jest karmione przez drugą osobę*, wymaga stosowania specjalnej diety*
(jakiej?).....
3. Rodzaj ograniczenia innych czynności (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych).....
.....
4. Rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia.....
.....
5. Rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno – leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia*, tygodnia*, miesiąca*
.....
6. Częstotliwość wizyt lekarskich w domu*, poza domem*, w tygodniu*, miesiącu*.....

II. Sytuacja społeczna dziecka:

1. Dziecko uczęszcza* , nie uczęszcza* do przedszkola: ogólnodostępnego*, integracyjnego*, specjalnego* w wymiarze..... godzin dziennie*, tygodniowo*
2. Dziecko uczęszcza do szkoły ogólnodostępnej*, integracyjnej*, specjalnej* - samodzielnie*, niesamodzielnie* w wymiarze..... godzin tygodniowo; korzysta*, nie korzysta* z nauczania indywidualnego w wymiarze..... godzin dziennie*, tygodniowo*;
3. Korzysta*, nie korzysta* z świetlicy szkolnej*, stołówki szkolnej*.

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Data.....

.....
Podpis osoby ubiegającej się o zasiłek

UWAGA:

Do wniosku należy załączyć:

- odpisy lub kserokopie dokumentów potwierdzających rozpoznanie choroby, takich jak: dokumentacja medyczna z miejsca leczenia, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, konsultacje specjalistyczne, wyniki wykonywanych badań dodatkowych oraz inną dokumentację medyczną istotną dla oceny stanu zdrowia dziecka.

**niepotrzebne skreślić*

Miejscowość.....

Data.....

.....
Pieczęta zakładu opieki zdrowotnej

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka
wydane dla potrzeb
Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności
(proszę dokładnie wypełnić wszystkie pozycje)**

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim):

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego:

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

3. Choroby współistniejące, uszkodzenia innych narządów i układów (w jęz. polskim):

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

4. Dokładna data powstania niepełnosprawności:

.....
.....

5. Proszę dokładnie określić przyczynę niepełnosprawności (wg rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003r. Dz. U. Nr 139. poz. 1328. § 32 ust. 2. pkt. 1 – 11):

.....
.....

6. Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

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

7. Czy konieczne jest zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie:

TAK

NIE

Jeżeli tak, to proszę dokładnie wyszczególnić jakie:

.....

8. Czy zachodzi konieczność stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie leczenia, rehabilitacji i edukacji:

TAK

NIE

9. Czy zachodzi potrzeba korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji dziecka:

TAK

NIE

10. Czy zachodzi konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji dziecka:

TAK

NIE

11. Czy niepełnosprawność dziecka spełnia przesłanki określone w art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997r. – Prawo o ruchu drogowym:

TAK

NIE

12. Czy niepełnosprawność dziecka kwalifikuje do innych wskazań (np. ulgi telekomunikacyjne itp.). Proszę wymienić jakich:

.....

.....

UWAGA:

Do wniosku należy załączyć:

- odpisy lub kserokopie dokumentów potwierdzających rozpoznanie choroby, takich jak: dokumentacja medyczna z miejsca leczenia, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, konsultacje specjalistyczne, wyniki wykonywanych badań dodatkowych oraz inną dokumentację medyczną istotną dla oceny stanu zdrowia dziecka.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE JEST WAŻNE 30 DNI OD DATY WYSTAWIENIA!

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)¹

.....
(miejscowość, data)

.....
(nr PESEL)

OŚWIADCZENIE

o miejscu pobytu stałego

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. *o ewidencji ludności* (Dz. U. z 2019 r., poz. 1397 z późn. zm.), zgodnie, z którym pobytym stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że moim miejscem pobytu stałego/ miejscem pobytu stałego dziecka/ miejscem pobytu stałego osoby w imieniu której składam wniosek² jest:

.....
(adres miejsca pobytu stałego)

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz. U. z 2019 r., poz. 1950) - *kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3* potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

.....
(podpis)

¹ Osoba, której dotyczy wniosek o wydanie orzeczenia.

² Niepotrzebne skreślić.

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (zwanego dalej RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana, niepełnoletniego dziecka, pełnomocnika, opiekuna prawnego, kuratora danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Mrągowie, ul. Warszawska 53, 11-700 Mrągowo.
2. Kontakt z Inspektorem ochrony danych w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Mrągowie jest możliwy poprzez adres e-mail: iod@powiat.mragowo.pl
3. Pani/Pana, niepełnoletniego dziecka, pełnomocnika, opiekuna prawnego, kuratora dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełniania obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze w związku z realizowaniem zadań przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Mrągowie na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO.
4. W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym w ust.3 Pani/Pana, niepełnoletniego dziecka, pełnomocnika, opiekuna prawnego, kuratora dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom danych osobowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
5. Pani/Pana, niepełnoletniego dziecka, pełnomocnika, opiekuna prawnego, kuratora dane osobowe będą przetwarzana przez okres niezbędny do realizacji wskazanego w pkt 3 celu przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa.
6. W związku z przetwarzaniem przez Administratora danych osobowych przysługuje Pani/Panu, pełnomocnikowi, opiekunowi prawnemu, kuratorowi:
 1. prawo dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO;
 2. prawo do sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;
 3. prawo do usunięcia danych, na podstawie art. 17 RODO;
 4. prawo do ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO;
 5. prawo do przenoszenia danych, na podstawie art. 20 RODO;
 6. prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na podstawie art. 21 RODO;
 7. w przypadku, w którym przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody (tj. art. 6 ust. 1 lit. a RODO), przysługuje prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Pan/Pani, pełnomocnik, opiekun prawny, kurator ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, pełnomocnik, opiekun prawny, kurator, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
8. Podanie danych osobowych jest warunkiem prowadzenia sprawy w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Mrągowie.
Podanie danych jest:
 - 1) obowiązkowe, jeżeli zostało to określone w przepisach prawa, konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości prowadzenia sprawy.
 - 2) dobrowolne, jeśli odbywa się na podstawie Pani/Pana, pełnomocnika, opiekuna prawnego, kuratora zgody.
9. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
10. Administrator danych nie będzie przekazywać danych osobowych do Państwa trzeciego oraz organizacji międzynarodowych.

.....
(podpis)