

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
(dla osób poniżej 16 roku życia)
ЗАЯВКА НА ВИДАЧУ ДОВІДКИ ПРО ІНВАЛІДНІСТЬ
(для осіб, які не досягли 16-річного віку)

Wniosek składam (właściwie zaznaczyć X)/ **Я подаю заявку** (відповідне відмітити X):

1. O wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla osób, które nie posiadają orzeczenia o niepełnosprawności/ На видачу довідки про інвалідність - для осіб, які не мають довідки про інвалідність
2. O wydanie orzeczenia o ponowne ustalenie niepełnosprawności dla osób które posiadają orzeczenie o niepełnosprawności z określoną datą ważności/ На видачу довідки про повторне визначення інвалідності - для осіб, які мають довідку про інвалідність із вказаною датою її дієвості
3. O wydanie orzeczenia o ponowne wydanie orzeczenia uwzględniającego zmianę stanu zdrowia, dla osób posiadających orzeczenie, które ubiegają się o orzeczenie z tytułu zmiany stanu zdrowia/ На видачу довідки про повторну видачу довідки, яка враховує зміну стану здоров'я - для осіб, які мають довідку і клопочуть про довідку на підставі зміни стану здоров'я

I. Dane osoby zainteresowanej/ Дані зацікавленої особи:

Imię/imiona i nazwisko dziecka/ Ім'я/імена та прізвище дитини

.....

Data i miejsce urodzenia dziecka/ Дата та місце народження дитини: PESEL :

.....

Dokument potwierdzający tożsamość dziecka/ Персональний номер PESEL або інформація про громадянство у випадку іноземця, який не має персонального номера, telefon opiekuna/ телефон опікуна:

.....

Imię/imiona i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka/ Ім'я/імена та прізвище законного представника дитини:

.....

Adres zameldowania dziecka na pobyt stały/ Адреса прописки дитини на постійне перебування:

.....

Adres pobytu dziecka/ Адреса перебування дитини:

.....

Adres do korespondencji/ Адреса для кореспонденції:

.....

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, w celu: (właściwie zaznaczyć X) / **Я звертаюся з проханням видати довідку про інвалідність, з метою отримання:** (відповідне відмітити X)

1. Zasiłek pielęgnacyjny/ Виплати за догляд,
2. Świadczenie pielęgnacyjne/ Грошової допомоги за догляд,
3. Inne, jakie/ Іншого, а саме

.....
oraz uzyskania wskazań dotyczących w szczególności/ та отримання вказівок, що стосуються зокрема:

4. Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie/ Необхідності надання ортопедичних предметів, допоміжних засобів та технічної допомоги, які полегшують функціонування,
5. Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług społecznych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki/ Використання системи підтримки незалежного життя в співтоваристві, під яким розуміється використання соціальних, опікунських, терапевтичних і реабілітаційних послуг, що надаються мережею установ соціальної допомоги, неурядових організацій та інших центрів,

6. Prawo do zamieszkania w oddzielnym pokoju/ Права на проживання в окремій кімнаті,
 7. Inne/ Іншого

.....
GŁÓWNY CEL WNIOSKU (tylko jeden pkt) **nr/ ГОЛОВНА ЦІЛЬ ЗАЯВКИ** (тільки один пункт) **№:**

II. Uzasadnienie wniosku/ Обґрунтування заявки:

1. Sytuacja społeczna: stan rodzinny (odpowiednie zaznaczyć X i uzupełnić)/ **Соціальна ситуація: сімейний стан** (відповідне відмітити X і доповнити):

- pełna, liczba dzieci w rodzinie/ повна сім'я, кількість дітей в сім'ї
 niepełna, liczba dzieci w rodzinie/ неповна сім'я, кількість дітей в сім'ї

- a) dziecko uczęszcza/nie uczęszcza* do przedszkola: ogólnodostępnego/integracyjnego/specjalnego* w wymiarze/ дитина відвідує/не відвідує* дитячий садок: загальнодоступний/інтегрований/спеціальний* у об'ємі..... godzin dziennie/tygodniowo*/ годин в день/тиждень*
- b) dziecko uczęszcza do szkoły ogólnodostępnej/integracyjnej/specjalnej*, samodzielnie/niesamodzielnie* w wymiarze/ дитина відвідує школу загальнодоступну/інтегровану/спеціальну*, самостійно/несамостійно* у об'ємі..... godzin dziennie/tygodniowo*/ годин в день/тиждень*
- c) korzysta/nie korzysta* z nauczania indywidualnego w wymiarze/ користується/не користується* індивідуальним навчанням в об'ємі godzin dziennie/tygodniowo*/ годин в день/тиждень*
- d) korzysta/nie korzysta* ze świetlicy szkolnej/stołówki szkolnej*/ користується/не користується* шкільною групою подовженого дня/їдальнею*

2. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji/ Об'єм надання опіки та догляду

- a) dziecko jest leżące/porusza się samodzielnie/porusza się o kulach/na wózku inwalidzkim/z pomocą drugiej osoby*/ дитина є лежача/рухається самостійно/рухається на милицях/на інвалідному візку/за допомогою іншої особи*
- b) przyjmuje pokarmy samodzielnie / jest karmione przez drugą osobę / wymaga stosowania diety (jakiej)*/ приймає їжу самостійно / годується іншою особою / вимагає відповідного харчування (якого)*
.....
.....
- c) rodzaj ograniczenia innych czynności (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych)/ вид обмеження інших дій (наприклад, вмивання, одягання, вирішення фізіологічних потреб)
.....
.....
- d) rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia/ вид та частота процедур з догляду, які виконуються впродовж дня
.....
.....
- e) rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno - leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia, tygodnia, miesiąca/ вид та кількість реабілітаційно-лікувальних процедур, які виконуються вдома і за межами дому, впродовж дня, тижня,
.....
.....
- f) częstotliwość wizyt lekarskich w domu, poza domem, w tygodniu, w miesiącu/ частота лікарських візитів вдома і за межами дому в тиждень, в місяць

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

III. Oświadczam, że/ Я заявляю, що:

1. Składałem/ nie składałem* uprzednio wniosek o ustalenie niepełnosprawności. Jeżeli tak, to kiedy/ Подавав/ не подавав* попередньо заяву на підтвердження інвалідності. Якщо так, то колиr., z jakim skutkiem/ p., z jakim następstwem.....
2. Dziecko może/nie może* przybyć na posiedzenie składu orzekającego. Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nierokującej poprawy choroby/Дитина може/не може* прийти на засідання комісії з видачі довідки. Якщо не може, то просимо додати медичне підтвердження про неможливість участі у засіданні у зв'язку з тривалим або непоправним захворюванням/.
3. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w mojej sprawie (art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, (Dz.U. z 2021 r. poz. 735, ze zm.)/ Я зобов'язуюся повідомляти комісію про будь-яку зміну адреси до завершення розгляду моєї справи (ст. 41 закону від 14 червня 1960 р. Адміністративно-процесуальний кодекс (З.В. з 2021 р., поз. 735 зі зм.).
4. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajanie prawdy, art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (Dz.U. z 2021 r. poz. 2345 ze zm.)/ Я заявляю, що дані, які містяться в заявці, відповідають дійсності, і мені відомо про кримінальну відповідальність за неправдиве свідчення або приховання правди, ст. 233 закону від 6 червня 1997 р. Кримінальний кодекс (З.В. з 2021 р. поз. 2345 зі змін.).
5. Oświadczam, że wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia niepełnosprawności jest autentyczna i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów (art. 270 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (Dz.U. 2022 poz. 1138, ze zm.)/ Я заявляю, що вся документація, представлена у рамках процедури підтвердження інвалідності, є справжньою, і мені відомо про кримінальну відповідальність за злочини проти достовірності документів (ст. 270 закону від 6 червня 1997 р. Кримінальний кодекс (З.В. з 2022 р. поз. 1138 зі змін.).

.....
Data i podpis przedstawiciela ustawowego/ Дата і підпис законного представника

* niepotrzebne skreślić

непотрібне викреслити

Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności należy złożyć/ При клопотанні про видачу довідки про інвалідність потрібно подати:

1. Czytelnie podpisany oryginał powyższego wniosku (**dokładnie wypełnić każdą rubrykę**)/ Розбірливо підписаний оригінал вищевказаної заявки (**ретельно заповнити кожну графу**),
2. Oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wydanego dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności (**dokument jest ważny przez 30 dni od daty wystawienia przez lekarza**)/ Оригінал медичної довідки про стан здоров'я, виданої для потреб комісії з підтвердження інвалідності (**документ дійсний впродовж 30 днів з дати видачі лікарем**),
3. Kserokopie wszelkiej dokumentacji, potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności np. karty informacyjne leczenia szpitalnego, konsultacje specjalistyczne, historia choroby, opinie, opis zdjęć RTG, EKG, EEG itp. – **przyjmowane są oryginały lub kserokopie wraz z oryginałami do potwierdzenia zgodności** lub kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez np. placówkę służbę zdrowia/Ксерокопії будь-якої документації, що підтверджує інвалідність і здатна вплинути на визначення інвалідності, наприклад, інформаційні карти стаціонарного лікування, консультації фахівців, історії хвороби, висновки, опис рентгенівських знімків, ЕКГ, ЕЕГ і т.п. - **приймаються оригінали або ксерокопії разом з оригіналами для підтвердження відповідності**, або ж ксерокопії завірені як відповідні оригіналам, наприклад, медичною установою,
4. Kserokopie poprzednich orzeczeń (jeżeli takie były)/ Ксерокопії попередніх довідок (якщо такі були).

KLAUZULA INFORMACYJNA/ ІНФОРМАЦІЙНА КЛАУЗУЛА

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwanym dalej Rozporządzenie RODO), informuję, iż/Відповідно до ст. 13 абз. 1 i абз. 2 Розпорядження Європейського парламенту і Ради (ЄС) 2016/679 від 27 квітня 2016 р. про захист фізичних осіб при обробці персональних даних і про вільне переміщення таких даних, а також про відміну директиви 95/46/ЕС (званого далі Розпорядженням GDPR), повідомляю, що:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest/ Адміністратором Ваших особових даних є Przewodniczący Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności we Włodawie.
2. Ma Pani/Pan prawo kontaktu z Inspektorem Ochrony Danych (IOD)/ Ви маєте право контактувати з Інспектором із захисту даних (IOD) za pomocą adresu e-mail/ за допомогою адреси e-mail: informatyk@pcpr.wlodawa.pl oraz pod numerem telefonu/ а також за номером телефону 82 5725 485.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rejestracji, analizy i realizacji wniosków o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności oraz stopniu niepełnosprawności, wydawania legitymacji osoby niepełnosprawnej oraz karty parkingowej/Ваши особові дані будуть оброблятися з метою реєстрації, аналізу і виконання заявок на видачу довідки про інвалідність та про ступінь інвалідності, видачу посвідчення особи з інвалідністю та паркувальної карти.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest/ Юридична підстава для обробки особових даних:
 - w przypadku ubiegania się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności oraz orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych u razie клопотання про видачу довідки про інвалідність та довідки про ступінь інвалідності - Закон про професійну і соціальну реабілітацію, а також працевлаштування осіб з інвалідністю /,
 - w przypadku ubiegania się o wydanie legitymacji osoby niepełnosprawnej - Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności/u razie клопотання про видачу посвідчення особи з інвалідністю - Закон про професійну і соціальну реабілітацію та працевлаштування осіб з інвалідністю, а також Розпорядження Міністра економіки, праці і соціальної політики про підтвердження інвалідності та ступеню інвалідності,
 - w przypadku ubiegania się o wydanie karty parkingowej Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie wzoru oraz trybu wydawania i zwrotu kart parkingowych/ у razie клопотання про видачу паркувальної карти - Розпорядження Міністра праці і соціальної політики щодо зразка і порядку видачі та повернення паркувальних карт
 - art. 6 ust. 1 lit. e RODO (przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi)/, ст. 6 абз. 1 букв. e GDPR (обробка необхідна для виконання завдання, що реалізується в громадських інтересах або в рамках офіційних повноважень, покладених на адміністратора),
 - art. 9 ust. 2 lit. b, c, j RODO (przetwarzanie szczególnej kategorii danych osobowych) ст. 9 абз. 2 букв. b, c, j GDPR (обробка спеціальної категорії особових даних)/.
5. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa, a także podmioty, którym na podstawie zawartej umowy powierzono przetwarzanie danych osobowych/ Одержувачами Ваших особових даних будуть організації, уповноважені на підставі положень закону . а також організації, яким доручена обробка особових даних на підставі укладеного договору
6. Dane osobowe, po zrealizowaniu celu dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane w celach archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny wynikający z przepisów prawa w szczególności dotyczących archiwizowania dokumentów obowiązujących u Administratora/Особові дані після реалізації цілі, для якої вони були зібрані, обробляються з метою архівації і зберігаються впродовж необхідного терміну, який виникає з положень закону, зокрема тих, які стосуються архівації документів та діють у Адміністратора.
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych umożliwiających identyfikację, jest wymogiem wynikającym z przepisów prawa, jeśli Administrator tych danych nie będzie posiadał, sprawa nie będzie mogła zostać rozpatrzona/ Надання Вами особових даних, які уможливають ідентифікацію, є обов'язковою вимогою, що слідує з положень закону, тому що коли у Адміністратора не буде цих даних, то справу неможливо буде розглянути.
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej/. Ваши персональні дані не будуть передаватися у третій державі або міжнародні організації
9. Przysługuje Pani/Panu prawo żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych oraz ich prostowania/ Ви маєте право вимагати у Адміністратора доступ до своїх особових даних і їх виправлення.
10. Przysługuje Pani/Panu także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia Ви також маєте право

подати скаргу у наглядовий орган, тобто Голові Управління із захисту особових даних, коли дізнається, що обробка Ваших особових даних порушує положення Розпорядження /.

11. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania/ Ваши персональні дані не будуть обробляватися автоматизованим способом, в тому числі у формі профілізації.

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z przysługującymi mi prawami/ Я заявляю, що ознайомився/ознайомилися зі змістом інформаційної клаузули, в тому числі з правами, які мені належать.

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie/

Дата і підпис особи, яка подає заявку