

1. sprawuję władzę rodzicielską nad dzieckiem **TAK / NIE***
 sprawuję opiekę nad dzieckiem **TAK / NIE***
(należy potwierdzić ten fakt postanowieniem sądu i zaświadczeniem o opiece lub zgodą rodzica)
2. składałem/am (nie składałem/am)* uprzednio wniosek o ustalenie niepełnosprawności: kiedy
 orzeczenie o niepełnosprawności Nr PZOON..... ważne do
 wydane przez Powiatowy Zespół w Chojnicach/.....
w przypadku posiadania orzeczenia wydanego przez inny zespół należy dołączyć jego kserokopię
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 orzekającej konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza, **jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**
6. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o niepełnosprawności, przewodniczący Zespołu zawiadamia na piśmie o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że niezuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
7. Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy **Art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. 2017 poz. 2204)**
8. Wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności jest autentyczna i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów **Art. 270 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. 2017 poz. 2204)**

INFORMACJA O ZAKRESIE OPIEKI I PIELĘGNACJI SPRAWOWANEJ NAD DZIECKIEM

I. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji (niepotrzebne skreślić *)

1. dziecko jest: - leżące/- porusza się samodzielnie/- porusza się o kulach/- na wózku inwalidzkim/- z pomocą drugiej osoby*
2. przyjmuje pokarmy: - samodzielnie / - jest karmione przez drugą osobę / - wymaga stosowania 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 tygodniu, w miesiącu)*

II. Sytuacja społeczna dziecka (niepotrzebne skreślić *)

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 dziennie/tygodniowo*

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych zgodnej z RODO

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Przewodniczącego Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Chojnicach ul. Piłsudskiego 30. 2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. 3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....
 Miejscowość i data

.....
 podpis przedstawiciela ustawowego