



wpłynęło w dn.

Wniosek o przyjęcie dziecka do Ośrodka Wychowania Przedszkolnego
- formularz zgłoszeniowy
w ramach projektu
pn. „Przedszkole Omnibuski – nowe miejsca wychowania przedszkolnego w Szczecinie”
RPZP.08.01.00-32-K039/18

Przedszkole „Małe Omnibuski”
ul. Eugeniusza Kwiatkowskiego 1/1, 71-004 Szczecin

DANE UCZESTNIKA – DZIECKA

Imię (imiona)																					
Nazwisko																					
PESEL	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Wiek (rocznikowo oraz data urodzenia)																					

DANE KONTAKTOWE I ADRES ZAMIESZKANIA

Ulica	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Nazwa miejscowości:	
Kod pocztowy:	
Obszar (proszę zaznaczyć X właściwe):	<input type="checkbox"/> obszar wiejski <input type="checkbox"/> obszar miejski
Powiat:	
Gmina:	
Województwo:	Zachodniopomorskie
Imię i nazwisko Matki/opiekuna prawnego	
Telefon kontaktowy Matki:	
Adres poczty elektronicznej (e-mail) Matki	
Imię i nazwisko Ojca/opiekuna prawnego	
Telefon kontaktowy Ojca:	
Adres poczty elektronicznej (e-mail) Ojca	



Dane dodatkowe

Oświadczam, że (proszę zaznaczyć właściwe X):

Mój syn/moja córka jest w wieku 2,5 roku do 4 lat	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Mój syn/moja córka jest członkiem rodziny wielodzietnej ¹	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Mój syn/moja córka jest osobą z niepełnosprawnościami * do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający niepełnosprawność	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Rodzeństwo mojego syna/mojej córki jest osobą z niepełnosprawnościami * do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający niepełnosprawność	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Rodzic/rodzice mojego syna/mojej córki jest/są osobą/ami z niepełnosprawnościami * do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający niepełnosprawność	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą samotnie wychowującą dziecko * do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć kserokopię wyroku sądu dot. rozvodu/separacji lub aktu zgonu rodzica oraz oświadczenie o samotnym wychowywaniu dziecka	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Mój syn/moja córka jest objęty/a pieczęcią zastępczą * do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć kserokopię dokumentu potwierdzającego objęcie dziecka pieczęcią zastępczą.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Mój syn/moja córka jest osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Mój syn/moja córka jest osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

¹ zgodnie z art. 20b pkt 1 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2014 r. nr 256, poz. 2572 ze zm.) – wielodzietność rodziny oznacza rodzinę wychowującą troje i więcej dzieci.



<p>Mój syn / córka jest dzieckiem z niepełnosprawnościami</p> <p>* do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć: orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na niepełnosprawność. (art. 20 a ust. 7, art. 20t ust.2 pkt 1 lit. b ustawy o systemie oświaty), orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności wydane przez powiatowy zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności;</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>Mój syn/moja córka jest osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) tj.</p> <p>i. osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (przez co należy rozumieć brak ukończenia poziomu ISCED 1) będąca poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1,</p> <p>ii. byli więźniowie,</p> <p>iii. narkomani,</p> <p>iv. osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań,</p> <p>v. osoby z obszarów wiejskich</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>Rodzeństwo mojego syna/ mojej córki uczęszcza/ło do placówek żłobkowych / przedszkola „Małe Omnibuski”/ „Omnibuski”</p> <p>Jeśli zaznaczono TAK:</p> <p>Imię i nazwisko:</p> <p>Nazwa i adres placówki:.....</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>Do OWP zgłaszane jest rodzeństwo mojego syna/ mojej córki</p> <p>Jeśli zaznaczono TAK:</p> <p>Imię i nazwisko:</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

.....

Data i podpis rodziców (Matki i Ojca)/opiekunów prawnych



DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Deklaruję uczestnictwo mojego syna/mojej córki..... w projekcie pn. „Przedszkole Omnibuski – nowe miejsca wychowania przedszkolnego w Szczecinie”, RPZP.08.01.00-32-K039/18 realizowanym przez Usługi Finansowe Dorota Wasitek - Wojciechowska w ramach Działania VIII Edukacja, Poddziałania VIII.1 Upowszechnianie edukacji przedszkolnej - Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014 – 2020.

.....
Data i podpis rodziców (Matki i Ojca)/opiekunów prawnych

OŚWIADCZENIA:

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam że:

1. Oświadczam, że mój syn/moja córka spełnia kryteria kwalifikowalności uprawniające go/ją do udziału w Projekcie:

- ✓ zamieszkuje na obszarze Województwa Zachodniopomorskiego w rozumieniu Kodeksu Cywilnego;
- ✓ jest dzieckiem w wieku 2,5 do 6 lat.

Rodzic/opiekun prawny uczestnika/uczestniczki Projektu został uprzedzony o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą w złożonych dokumentach, na podstawie których zgłasza swój udział w Projekcie.

2. Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do udziału w Projekcie „**Przedszkole Omnibuski – nowe miejsca wychowania przedszkolnego w Szczecinie**” RPZP.08.01.00-32-K039/18 realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020, wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych na stronie internetowej projektu <http://omnibuski.pl/>
3. Oświadczam, że wszystkie dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej zawarte w ww. Formularzu są prawdziwe.

- ✓ Oświadczam, że zapoznałam się z Regulaminem Projektu i akceptuję jego warunki;
- ✓ Oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie Projektu i Formularzu zgłoszeniowym do projektu jestem uprawniona do uczestnictwa w projekcie;
- ✓ Oświadczam, że zostałam poinformowana, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

.....
Data i podpis rodziców (Matki i Ojca)/opiekunów prawnych

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Przedszkole Omnibuski – nowe miejsca wychowania przedszkolnego w Szczecinie” przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest:
 - 1) Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego mający siedzibę przy ul. Korsarzy 34, 70-540 Szczecin, pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, zwanego dalej RPO WZ 2014-2020, w ramach zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”,
 - 2) Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa, dla danych w ramach zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji RPO WZ 2014-2020 na podstawie:
 - 1) w odniesieniu do zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.);
 - 2) w odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
 - d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz



szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).

3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. „Przedszkole Omnibuski – nowe miejsca wychowania przedszkolnego w Szczecinie”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WZ 2014-2020.
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie, z siedzibą przy ul. Mickiewicza 41, 70-383 Szczecin, beneficjentowi realizującemu projekt - Usługi Finansowe Dorota Wasilek- Wojciechowska, z siedzibą w Szczecinie przy ul. Modrej 104B, 71-210 Szczecin oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu: Fundacji EDUKATIO, ul. Zawia 3, 71-499 Szczecin. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WZ 2014-2020, a także podmiotom świadczącym usługi pocztowe.
5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
6. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
7. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
8. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
10. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia RPO WZ 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
11. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanymi adresami poczty elektronicznej:
 - a) abi@wzp.pl
 - b) iod@miir.gov.pl
12. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- ~~13.~~ Mam prawo do dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania.
- ~~14.~~ Przysługuje mi prawo do usunięcia danych, ograniczenia ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo wniesienia sprzeciwu, pod warunkiem, że te dane nie są już niezbędne dla celów, do których zostały zebrane oraz, o ile minął wymagalny okres archiwizacji tych danych u Administratora.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.



ZAŁĄCZNIKI DODATKOWE:

- kopia orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na niepełnosprawność (art. 20 a ust. 7, art. 20t ust.2 pkt 1 lit. b ustawy o systemie oświaty), orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności wydane przez powiatowy zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności – dotyczy niepełnosprawności dziecka;
- kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności wydane przez powiatowy zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności lub dokumenty równoważne np. orzeczenia lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych – dotyczy niepełnosprawności rodziców/ opiekunów prawnych/ rodzeństwa;
- kopia aktu zgonu ojca lub kopia wyroku sądu lub oświadczenie o samotnym rodzicielstwie;
- kopia dokumentów potwierdzających objęcie dziecka pieczą zastępczą.

OCENA KWALIFIKOWALNOŚCI KANDYDATA W PROJEKCIE:

Kandydat spełnia/nie spełnia ² obligatoryjne kryteria uczestnictwa w Projekcie (wypełnia Beneficjent)
podpis osoby weryfikującej formularz rekrutacyjny
.....

² Niepotrzebne skreślić.



Załącznik fakultatywny – proszę wypełnić jeśli dotyczy

**OŚWIADCZENIE
O SAMOTNYM WYCHOWYWANIU DZIECKA³**

Ja niżej podpisana/y

Imię i nazwisko

Oświadczam, że

1. samotnie wychowuję dziecko/ dzieci:

(proszę podać imiona i nazwiska dzieci)

2. nie wychowuję żadnego dziecka wspólnie z jego rodzicem⁴

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis Rodzica lub Prawnego Opiekuna Prawnego

³ Oznacza to wychowywanie dziecka przez pannę, kawalera, wdowę, wdowca, osobę pozostającą w separacji orzeczonej prawomocnym wyrokiem sądu, osobę rozwiedzioną, chyba że osoba taka wychowuje wspólnie co najmniej jedno dziecko z jego rodzicem, wówczas nie jest samotnym rodzicem wychowującym dziecko.

⁴ Jeśli nie dotyczy wykreślić



Załącznik fakultatywny – proszę wypełnić jeśli dotyczy

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DZIECKA

Ja niżej podpisana

Imię i nazwisko

niniejszym oświadczam, że moje dziecko, o którego opiekę staram się w ramach projektu „Przedszkole Omnibuski – nowe miejsca wychowania przedszkolnego w Szczecinie” RPZP.08.01.00-32-K039/18 jest dzieckiem z niepełnosprawnościami i posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na niepełnosprawność. (art. 20 a ust. 7, art. 20t ust.2 pkt 1 lit. b ustawy o systemie oświaty)/ orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności wydane przez powiatowy zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności;

Posiadane dysfunkcje dziecka:

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

.....

data, podpis



Załącznik fakultatywny – proszę wypełnić jeśli dotyczy

ANKIETA DLA DZIECI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Zwracamy się z serdeczną prośbą o wypełnienie poniższej ankiety, odpowiedzi pozwolą nam zapewnić dostępność projektu zgodnie z Pani preferencjami.

ANKIETA DOTYCZĄCA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
Imię i nazwisko:
Czy dziecko posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na niepełnosprawność. (art. 20 a ust. 7, art. 20t ust.2 pkt 1 lit. b ustawy o systemie oświaty)?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności, wydane przez Powiatowy/ miejski Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Proszę zaznaczyć i opisać jakie dziecko ma potrzeby wynikające z niepełnosprawności związane z uczestnictwem w projekcie	Proszę o podanie symbolu przyczyny niepełnosprawności i nazwy zdiagnozowanego schorzenia Symbol przyczyny niepełnosprawności Nazwa schorzenia
	Czy jest dziecko jest osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Czy dziecko ma specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności związane z uczestnictwem w projekcie ? (np. żywieniowe, inne) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <p>Jeśli zaznaczono TAK proszę odpowiedzieć na poniższe pytania</p>
	Przestrzeń <input type="checkbox"/> TAK



	<p>dostosowana do niepełnosprawności ruchowych:</p>	<p><input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Jeśli zaznaczono Tak, proszę o krótki opis potrzeb:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
	<p>Alternatywne formy materiałów:</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Jeśli zaznaczono Tak, proszę o krótki opis potrzeb:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
	<p>Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie:</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Jeśli zaznaczono Tak, proszę o krótki opis potrzeb:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
	<p>Zapewnienie tłumacza języka migowego:</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Jeśli zaznaczono Tak, proszę o krótki opis potrzeb:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
	<p>Inne:</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Proszę zaznaczyć z jakich przyczyn wynikają ograniczenia dziecka</p>		<p><input type="checkbox"/> wad wrodzonych i schorzeń, które mają różne przyczyny</p>



- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> wrodzonych lub nabytych ciężkich chorób metabolicznych, układu krążenia, oddechowego, moczowego, pokarmowego, układu krzepnięcia i innych,<input type="checkbox"/> upośledzenia umysłowego (począwszy od upośledzenia w stopniu umiarkowanym),<input type="checkbox"/> psychozy i zespołów psychotycznych<input type="checkbox"/> całościowych zaburzeń rozwojowych, które powodują znaczne zaburzenia interakcji społecznych lub komunikacji werbalnej oraz nasilone stereotypie zachowań, zainteresowań i aktywności<input type="checkbox"/> padaczki z częstymi napadami lub wyraźnymi następstwami psychoneurologicznymi<input type="checkbox"/> nowotworów złośliwych oraz chorób rozrostowych układu krwiotwórczego - do 5 lat od zakończenia leczenia<input type="checkbox"/> wrodzonych lub nabytych wad narządu wzroku<input type="checkbox"/> głuchoniemoty, głuchoty lub obustronnego upośledzenia słuchu, które nie poprawia się w wystarczającym stopniu po zastosowaniu aparatu słuchowego lub implantu ślimakowego. |
|--|--|