

# WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania  
o Niepełnosprawności Nr 2 w Gorzowie Wlkp. ul. Walczaka 110

## Wniosek składam:

po raz pierwszy     po raz kolejny     pogorszenie stanu zdrowia

Nr sprawy:

Imię (imiona) i nazwisko.....

PESEL: \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ /

Data urodzenia.....Miejsce urodzenia.....

Adres zameldowania.....

Adres pobytu.....

Adres do korespondencji.....

Nr i seria dowodu osobistego.....Nr telefonu.....

Dane osobowe przedstawiciela ustawowego osoby ubezwłasnowolnionej lub opiekuna dziecka (należy wypełnić również w przypadku wniosku składanego przez osobę niepełnoletnią, powyżej 16 roku życia):

Imię (imiona) i nazwisko.....

PESEL: \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ /

Adres do korespondencji.....

Nr i seria dowodu osobistego.....Nr telefonu.....

## Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów: (odpowiednie zakreślić)

1. odpowiedniego zatrudnienia uwzględniającego psychofizyczne możliwości,
2. szkolenia, w tym specjalistycznego,
3. uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
4. konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze ułatwiające funkcjonowanie,
5. korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych,
6. uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
7. uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
8. korzystania z karty parkingowej zgodnie z art.8 ust.1 ustawy- Prawo o ruchu drogowym,
9. korzystania ze świadczeń pomocy społecznej,
10. uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
11. zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
12. korzystania z innych ulg i uprawnień.....

## Uzasadnienie wniosku:

1) **Sytuacja społeczna stan cywilny:**..... stan rodziny.....

sytuacja lokalowa: \* dom / mieszkanie

2) **Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:**    samodzielnie;    z pomocą;    opieka

- wykonywanie czynności samoobsługowych           

- poruszanie się w środowisku           

- prowadzenie gospodarstwa domowego           

} (właściwie zaznaczyć krzyżykiem)

3) **Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego: nie korzystam / korzystam\***, z jakiego:.....

4) **Sytuacja zawodowa:**

- wykształcenie..... zawód.....

obecne zatrudnienie i zawód wykonywany.....

**Oświadczam, że:**

1. **Pobieram / nie pobieram\*** świadczenia z ubezpieczenia społecznego (emerytura, renta, świadczenie przedemerytalne) od kiedy.....
2. **Składałem / nie składałem\*** uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności: orzeczenie nr..... z dnia..... stopień..... ważne do.....
3. **Posiadam / nie posiadam \*** orzeczenie innego organu orzeczniczego, jeśli tak to zakreślić nazwę organu: ZUS, MSWiA MON, data wydania orzeczenia .....
4. **Składałem / nie składałem\*** odwołania od orzeczenia powiatowego lub wojewódzkiego zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności
5. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania dodatkowych konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza, **jestem świadoma/y wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**
6. **Mogę / nie mogę \*** samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego. **(Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby).**
7. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu pobytu do momentu zakończenia postępowania w sprawie **art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego.**
8. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy zgodnie z **art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 Kodeksu Karnego**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu orzeczniczego zgodnie z Rozporządzeniem 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 (tzw. RODO) **TAK / NIE\***

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci nr telefonu i/lub adresu e-mail wpisanego we wniosku w celu przekazania informacji dotyczącej postępowania orzeczniczego **TAK / NIE\***

Jestem świadomy, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, przewodniczący Zespołu Orzekającego zawiadamia na piśmie wnioskodawcę o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zostałam/em poinformowany, że zgodnie z ustawą z dnia 31 marca 2020r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem , przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020r. poz. 568) przedłużeniu uległa ważność orzeczeń o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności wydawanych przez powiatowe i wojewódzkie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności. **Orzeczenia zachowują ważność do upływu 60 dnia od dnia odwołania stanu epidemiologicznego lub stanu epidemii, jednak nie dłużej niż do dnia wydania nowego orzeczenia o niepełnosprawności albo stopniu niepełnosprawności.**

.....  
(data i podpis wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego)

**UWAGA!!!: Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności należy złożyć:**

- Oryginał wypełnionego i podpisanego wniosku (**dokładnie wypełnić każdą rubrykę**),
- Oryginał zaświadczenia lekarskiego (**ważne 30 dni od dnia wystawienia przez lekarza**),
- Kserokopie wszelkiej dokumentacji medycznej mogącej mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności: **karty informacyjne ze szpitala, historia choroby, badania dodatkowe, opisy zdjęć, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie,**
- Kserokopie poprzednich orzeczeń (jeśli były).

\*odpowiednie zakreślić

Zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia.

**ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA**  
wydane dla potrzeb powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

**1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (nie należy używać języka łacińskiego):**

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

**2. Przebieg schorzenia podstawowego- początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby:**

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

**3. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:**

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

**4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja- rodzaje, czas trwania, pobyt w szpitalu, sanatorium:**

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

**5. Ocena wyników leczenia, rokowanie (możliwość poprawy) dalsze leczenie i rehabilitacja:**

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

**6. Używany sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie.....**

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

**7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej potwierdzającej rozpoznanie (w załączeniu)**

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

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?(data).....

Od kiedy posiada dokumentację medyczną?(data).....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta  
Tak / Nie \*

W/w Pan/i wymaga (nie wymaga) opieki osoby drugiej ze względu na niemożliwość samodzielnej egzystencji.

W/w Pan/i jest trwale niezdolny/na do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności Tak / Nie \*

W przypadku trwałej niezdolności pacjenta do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego należy wypełnić zaświadczenie lekarskie poniżej.

.....  
(pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)

\*odpowiednie zakreślić

.....  
(miejsowość i data (wypełnia lekarz))

### Zaświadczenie lekarskie

wypełnić obowiązkowo, ale wyłącznie w przypadku trwałej niezdolności przybycia pacjenta na posiedzenie składu orzekającego

Stwierdza się, że Pan/Pani....., nr PESEL: .....

jest trwale niezdolny/a do przybycia na posiedzenie składu orzekającego z powodu :

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

.....  
(data, pieczętka i podpis lekarza wystawiającego)

## KLAUZULA INFORMACYJNA

**Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności Nr 2 w Gorzowie Wlkp.** spełniając obowiązek informacyjny towarzyszący zbieraniu danych osobowych - art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), informuje że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Przewodnicząca Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Gorzowie Wlkp.** z siedzibą w: **ul. Walczaka 110, 66-400 Gorzów Wielkopolski**, e-mail: [orzeczenia@powiatgorzowski.pl](mailto:orzeczenia@powiatgorzowski.pl)
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: [inspektor@cbi24.pl](mailto:inspektor@cbi24.pl) lub pisemnie na adres Administratora.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia procedury związanej z orzekaniem o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, o wskazaniach do ulg i uprawnień, bądź na podstawie art.6b ust.1 w związku z art. 3 ust 1-3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2018r. poz.511) oraz § 2 pkt 1-3 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003r. (Dz. U. z 2018 r., poz. 2027) w sprawie orzekania niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności oraz na podstawie art.6 ust 1 pkt. a, c, d, e Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych.
4. Administrator danych nie planuje przekazywać danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy, organizacji międzynarodowej, lub do państwa trzeciego.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 50 lat.
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych.
7. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania, a w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych do jej wycofania. Skorzystanie z prawa cofnięcia zgody nie ma wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce do momentu wycofania zgody.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy RODO;
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem ustalenia prawa do wydania orzeczenia o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności, lub prawa do ulg i uprawnień, wydania legitymacji osoby niepełnosprawnej bądź karty parkingowej. Jest Pani/Pan zobowiązana/zobowiązany do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku.
10. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

## KLAUZULA ZGODY

Zgodnie z art.6 ust.1. lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r., zapoznałam/em się z treścią Klauzuli i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, przez **Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Gorzowie Wlkp.** z siedzibą: **ul. Walczaka 110, 66-400 Gorzów Wlkp.**, email : [orzeczenia@powiatgorzowski.pl](mailto:orzeczenia@powiatgorzowski.pl), reprezentowany przez **Przewodniczącą PZON**, wyłącznie dla potrzeb ubiegania się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub o wskazaniach do ulg i uprawnień, legitymacji osoby niepełnosprawnej lub wydania karty parkingowej.

.....  
(data i czytelny podpis)

.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)<sup>1</sup>

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(nr PESEL)

## **OŚWIADCZENIE**

### o miejscu pobytu stałego

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2012 r. *o ewidencji ludności* (Dz. U. z 2018 r., poz. 1382), 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 wniosek<sup>2</sup> 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 2018 r. poz.1600) – *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 od 6 miesięcy do lat 8*, potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

.....  
(podpis)

<sup>1</sup> Osoba, której dotyczy wniosek o wydanie orzeczenia.

<sup>2</sup> Niepotrzebne skreślić.