



Miejsce na adnotacje urzędowe

....., dnia..... r.  
(miejscowość) (data)

**Do Powiatowego Zespołu**  
**do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**  
w .....

**WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Na podstawie § 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r.  
w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 1110, z późn. zm.)

**Wniosek składam (właściwe zaznaczyć krzyżykiem):**

- Po raz pierwszy
- W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia **(nie wcześniej niż na 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia)**  
(na podstawie § 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności- t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 857 z późn. zm.)
- W związku ze zmianą stanu zdrowia  
(na podstawie § 15 ust. 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 857 z późn. zm.)
- Składałem wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – brak stopnia niepełnosprawności
- W związku ze zmianą przepisów ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo u ruchu drogowym** (t.j. Dz. U 2024r., poz. 1251)

**Dane osoby zainteresowanej:**

IMIĘ [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

NAZWISKO [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Data urodzenia [ ][ ]-[ ][ ]-[ ][ ][ ][ ] Miejsce urodzenia.....  
dzień – miesiąc – rok

Numer PESEL [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Obywatelstwo\* .....

Nr dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość:  
..... [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Adres zamieszkania .....

Adres pobytu .....  
(wypełnić, jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

**Dane przedstawiciela ustawowego** (wypełnić w przypadku, gdy osobą zainteresowaną jest dziecko w wieku od 16 do 18 lat lub osoba ubezwłasnowolniona – należy potwierdzić ten fakt postanowieniem sądu):

IMIĘ [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

NAZWISKO [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Data urodzenia [ ][ ]-[ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]Miejsce urodzenia.....  
dzień – miesiąc – rok

Numer PESEL [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Obywatelstwo\* .....

Nr dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość:  
..... [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Adres zamieszkania .....

Adres pobytu .....  
(wypełnić jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

\*obywatelstwo w przypadku cudzoziemca nieposiadającego numeru PESEL

**Wniosek składam dla celów (najważniejszy cel zaznaczyć krzyżykiem):**

- Odpowiedniego zatrudnienia
- Szkolenia
- Uczestnictwa w terapii zajęciowej
- Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
- Korzystania z karty parkingowej
- Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
- Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- Uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
- Zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju
- Uzyskanie przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- Korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie innych przepisów
- Inne (wymienić jakie): .....  
.....  
.....

**Sytuacja społeczna i zawodowa osoby zainteresowanej (właściwe zaznaczyć krzyżykiem):**

**1) Stan cywilny:**

- panna/ kawaler
- zamężna/ żonaty
- w separacji
- rozwiedziona/ rozwiedziony
- wdowa/ wdowiec

**2) Wykształcenie:**

- mniej niż podstawowe
- podstawowe
- zasadnicze zawodowe
- średnie
- wyższe

**3) Źródła dochodu**

- wynagrodzenie
- na utrzymaniu rodziny
- pomoc społeczna
- zasiłek dla bezrobotnych
- emerytura
- renta z tytułu .....
- brak
- inne .....

**4) Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:**

- nie
- tak, jakiego: .....

**5) Czy aktualnie wykonuje Pani/Pan pracę zarobkową ?**  tak  nie

**6) Zawód wyuczony.....**

**7) Zawód wykonywany .....**

**8) Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:**

	samodzielnie	z pomocą	pod opieką
wykonywanie czynności samoobsługowych (np. mycie się, ubieranie i rozbieranie się, spożywanie posiłków)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
poruszanie się w środowisku (np. przemieszczanie się, komunikowanie się)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prowadzenie gospodarstwa domowego (np. pranie, sprzątanie, gotowanie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Oświadczam, że:

- 1)\*\*  Nie posiadam /  Posiadam orzeczenie o.....stopniu  
(lekkim, umiarkowanym, znacznym)  
niepełnosprawności ważne do dnia .....
- 2)\*\*  Mogę /  Nie mogę przybyć na posiedzenie składu orzekającego  
**Jeżeli nie** - należy dołączyć do wniosku zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo
- 3)\*\*  Aktualnie toczy /  Nie toczy się w mojej sprawie postępowanie przed sądem powszechnym w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności
- 4) W razie stwierdzenia przez zespół ds. orzekania o niepełnosprawności konieczności uzupełnienia dokumentacji medycznej m.in. poprzez wykonanie: badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, dostarczenie historii choroby z poradni specjalistycznych, **jestem świadomy ponoszenia kosztów ich wykonania we własnym zakresie.**
- 6) **Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu pobytu do momentu zakończenia postępowania w sprawie.**  
**Art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 572)**  
§ 1. W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swojego adresu.  
§ 2. W razie zaniedbania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.
- 7) **Dane zawarte we wniosku są prawdziwe.**
- 8) **Wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności jest autentyczna i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów.**  
**Art. 270 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 17 z późn. zm.)**  
§ 1. Kto, w celu użycia za autentyczny, podrabia lub przerabia dokument lub takiego dokumentu jako autentycznego używa, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.  
§ 2. Tej samej karze podlega, kto wypełnia blankiet, opatrzony cudzym podpisem, niezgodnie z wolą podpisanego i na jego szkodę albo takiego dokumentu używa.  
§ 2a. W wypadku mniejszej wagi, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.  
§ 3. Kto czyni przygotowania do przestępstwa określonego w § 1, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.
- 9) **Zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej (załącznik nr 2 do wniosku) dotyczącej przetwarzania danych osobowych w celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz o przysługujących mi prawach.**

\*\*właściwe zaznaczyć krzyżykiem

.....  
podpis osoby zainteresowanej  
lub jej przedstawiciela ustawowego

---

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

- ✓ Oryginał wniosku (**dokładnie wypełnić każdą rubrykę**),
- ✓ Oryginał zaświadczenia lekarskiego (**ważny 30 dni od daty wystawienia przez lekarza**),
- ✓ Uwierzytelnioną kserokopię wszelkiej dokumentacji potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności, np.: karty informacyjne z leczenia szpitalnego, historia choroby, badania dodatkowe, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie.
- ✓ Kserokopie poprzednich orzeczeń (jeśli były)

---

#### **Załączniki:**

Nr 1 – Zgoda na przetwarzanie dodatkowych danych

Nr 2 – Klauzula informacyjna

## Zgoda na przetwarzanie dodatkowych danych osobowych

Zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 ustawą o ochronie danych osobowych, **wyrażam zgodę** na podanie mojego numeru telefonu w celu ułatwienia kontaktowania się Zespołu ze mną w sytuacjach, gdy jest to niezbędne.

Podanie numeru jest świadomie wyrażoną i dobrowolną zgodą.

Nr telefonu [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

.....  
podpis osoby zainteresowanej  
lub jej przedstawiciela ustawowego

**KLAUZULA INFORMACYJNA**  
**dla klientów Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Oleśnie**

*Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (RODO) informujemy, że:*

**1. Administratorzy danych osobowych**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych są Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Oleśnie (PZOON), ul. M. Konopnickiej 8, 46-300 Olesno, adres e-mail: e.knop@powiatoleski.pl, reprezentowany przez Przewodniczącego PZOON oraz Starostę Oleski, ul. Pieloka 21, 46-300 Olesno, adres e-mail: starostwo@powiatoleski.pl na zasadzie współadministrowania.

Współadministrowanie odbywa się na podstawie porozumienia zawartego pomiędzy tymi podmiotami.

**2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych**

Inspektorem Ochrony Danych (IOD) jest osoba wyznaczona przez Starostę Oleskiego. Można się z nią skontaktować:

- e-mail: iod@powiatoleski.pl
- adres korespondencyjny: ul. Pieloka 21, 46-300 Olesno z dopiskiem „Do Inspektora Ochrony Danych”.

**3. Cele i podstawy przetwarzania danych osobowych**

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w związku z prowadzonym postępowaniem w zakresie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności, zgodnie z:

- ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 44 z późn. zm.),
- rozporządzeniem Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 857 z późn. zm.).

**4. Odbiorcy danych osobowych**

Odbiorcami danych mogą być:

- podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa,
- podmioty przetwarzające dane w imieniu administratorów na podstawie stosownych umów powierzenia.

**5. Okres przechowywania danych osobowych**

Dane będą przechowywane przez okres 10 lat licząc od końca roku, w którym zakończono postępowanie, zgodnie z Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresów działania archiwów zakładowych.

**6. Realizacja praw osób, których dane dotyczą**

Realizacja Pani/Pana praw będzie zależna od charakteru przetwarzania:

- W odniesieniu do danych w systemie EKSMON – odpowiada PZOON,
  - W odniesieniu do danych przechowywanych w EZDRP oraz w archiwum – odpowiada Starosta Oleski.
- Wnioski można składać do każdego z administratorów, a właściwy podmiot rozpatrzy zgłoszenie.

**7. Prawa osób, których dane dotyczą**

Przysługuje Pani/Panu prawo do:

- dostępu do swoich danych,
- sprostowania danych,
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

**8. Przetwarzanie danych w sposób zautomatyzowany**

Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym profilowane.