

.....  
miejscowość i data

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

**WNIOSEK  
w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności**

**Wniosek składam** (zaznaczyć krzyżykiem **tylko** jedno z poniższych):

☐ po raz pierwszy,

☐ w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia (**nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia**) - § 15 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z 2021 r., poz. 857),

☐ w związku ze zmianą stanu zdrowia - § 15 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z 2021 r., poz. 857),

☐ składałem/am wcześniej wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dziecka – niezaliczenie do osób niepełnosprawnych,

☐ w celu ustalenia czy istnieją znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się - weryfikacja wskazania do karty parkingowej – **dotyczy orzeczeń wydanych przed 01.07.2014 r. (konieczne oświadczenie).**

**Dane osobowe dziecka:**

Nazwisko

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię (pierwsze)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię (drugie)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data i miejsce urodzenia: .....

obywatelstwo: .....

Seria i numer dokumentu tożsamości: .....

rodzaj dokumentu tożsamości: ☐ dowód osobisty, ☐ paszport, ☐ legitymacja szkolna, ☐ odpis skrócony aktu urodzenia

Adres zameldowania dziecka:

☐ bez stałego adresu zameldowania,

.....  
miejscowość

.....  
ulica, numer domu, numer lokalu

.....  
kod pocztowy

.....  
pocztą

.....  
gmina

Adres pobytu dziecka (wypełnić, jeśli inny niż adres stałego zameldowania):

.....  
miejscowość

.....  
ulica, numer domu, numer lokalu

.....  
kod pocztowy

.....  
pocztą

**Dane osobowe przedstawiciela ustawowego:**

Nazwisko

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię *(pierwsze)*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię *(drugie)*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data i miejsce urodzenia: .....

obywatelstwo: .....

Seria i numer dokumentu tożsamości: .....

rodzaj dokumentu tożsamości: ☐ dowód osobisty, ☐ paszport

Adres zameldowania/pobytu przedstawiciela ustawowego:

....., .....

*miejsowość**ulica, numer domu, numer lokalu*

....., .....

*kod pocztowy**poczta**gmina*Adres do korespondencji *(wypełnić, jeśli inny niż adres zameldowania/pobytu)*:

....., .....

*miejsowość**ulica, numer domu, numer lokalu*

....., .....

*kod pocztowy**poczta**numer telefonu**adres email***Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów:**☐ zasiłek pielęgnacyjny,☐ świadczenie pielęgnacyjne,☐ zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju,☐ korzystanie z karty parkingowej,cel podstawowy *(określić jeden z powyższych)*: .....☐ uzyskanie przez opiekuna urlopu wychowawczego  
w dodatkowym wymiarze,☐ inne (jakie?) .....

.....

**Dane dotyczące sytuacji społecznej dziecka:**

Dziecko uczęszcza do:

☐ żłobka,☐ przedszkola ogólnodostępnego,☐ przedszkola integracyjnego,☐ przedszkola specjalnego,☐ szkoły ogólnodostępnej,☐ szkoły ogólnodostępnej z internatem,☐ szkoły integracyjnej,☐ oddziału integracyjnego,☐ szkoły specjalnej,☐ oddziału specjalnego,☐ szkoły specjalnej z internatem,☐ ośrodka szkolno-wychowawczego.

### **Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że dziecko **posiada/nie posiada\*** orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez **Powiatowy/Wojewódzki** Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w: .....

data wydania: .....

wynik komisji: .....

2. Dziecko **pobiera/nie pobiera/pobierało\*** zasiłek pielęgnacyjny do dnia .....

3. **Składano/nie składano\*** uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, kiedy? .....  
z jakim skutkiem? .....

4. Oświadczam, że dziecko **może/nie może\*** przybyć na badanie przedmiotowe. **Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nie rokującej poprawy choroby.**

5. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający 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 nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.

7. **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 (Dz. U. 2023 poz. 775)**

§ 1. W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swego adresu.

§ 2. W razie zaniedbania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

8. **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 (Dz. U. 2024 poz. 17)**

§ 1. 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 do lat 3.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

9. **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 (Dz. U. 2024 poz. 17)**

§ 1. Kto, w celu użycia za autentyczny, podrabia lub przerabia dokument lub takiego dokumentu jako autentycznego używa, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Tej samej karze podlega, kto wypełnia blankiet, zaopatrzony cudzym podpisem, niezgodnie z wolą podpisanego i na jego szkodę albo takiego dokumentu używa.

.....  
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

\* niewłaściwe skreślić

**KLAUZULA INFORMACYJNA**  
**dotycząca przetwarzania danych osobowych**

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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r.), dalej zwanego „RODO”, Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Płocku informuje, że:

- 1. Dane administratora**  
Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Płocku z siedzibą przy ul. Zgliczyńskiego 4.
- 2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych osobowych**  
Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym kontakt jest możliwy za pomocą poczty elektronicznej pod adresem: [iod@mopsplock.eu](mailto:iod@mopsplock.eu).
- 3. Cele przetwarzania i podstawa prawna**  
Pani/Pana dane będą przetwarzane ze względu na konieczność wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze w związku z realizacją przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r., poz. 100), a więc w celu wykonywania obowiązków prawnych – art. 6 ust. 1 lit. c RODO, art. 9 ust. 2 lit b RODO. Podstawę prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych stanowią przepisy ww. ustawy.
- 4. Zakres przetwarzanych danych osobowych**  
Zakres danych osobowych wynika z wypełnionego przez Panią/Pana wniosku oraz informacji przedłożonych w toku postępowania. Zakres ten znajduje odzwierciedlenie w odpowiednich przepisach ww. ustawy i jest niezbędny do jej wykonania.
- 5. Podmioty, którym dane mogą zostać udostępnione lub powierzone**  
Podmioty i organy, którym Administrator jest zobowiązany lub upoważniony udostępnić dane osobowe na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa (w szczególności: instytucje pomocy społecznej, organy nadzórne, organy wymiaru sprawiedliwości, itp.). Podmioty upoważnione na podstawie odrębnych porozumień w zakresie wykonywania czynności zmierzających do realizacji celów wynikających z odrębnych umów z nimi zawartych (powierzenie).
- 6. Okres przechowywania danych**  
Dane osobowe będą przetwarzane nie dłużej niż do końca realizacji wskazanych powyżej celów przetwarzania, z zastrzeżeniem, że okres przechowywania danych osobowych może zostać każdorazowo przedłużony o okres przewidziany przepisami powszechnie obowiązującego prawa.
- 7. Prawa osób, których dane dotyczą**  
W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługuje Państwu prawo do:  
a) dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii,  
b) sprostowania (poprawienia swoich danych),  
c) uzupełnienia swoich danych,  
d) ograniczenia przetwarzania,  
e) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
- 8. Informacje o wymogu podania danych**  
Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne do realizacji zadań Administratora wynikających z treści ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Ich niepodanie uniemożliwi przeprowadzenia postępowania.
- 9. Przekazanie danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej**  
Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazane poza Europejski Obszar Gospodarczy lub organizacji międzynarodowej.
- 10. Sposób przetwarzania**  
Pani/Pana dane osobowe mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.
- 11. Dodatkowa informacja**  
Informujemy również, że Administrator dokłada wszelkich starań, aby zapewnić niezbędne środki fizycznej, technicznej i organizacyjnej ochrony danych osobowych przed ich przypadkowym lub umyślnym zniszczeniem, przypadkową utratą, zmianą, nieuprawnionym ujawnieniem, wykorzystaniem czy dostępem, zgodnie ze wszystkimi obowiązującymi przepisami prawa.

---

**UWAGA:**

**Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności należy złożyć:**

- ✓ Czytelnie podpisany przez przedstawiciela ustawowego oryginał powyższego wniosku (**dokładnie wypełnić każdą rubrykę**).
- ✓ Oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia dziecka wydanego dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności (**dokument jest ważny przez 30 dni od daty wystawienia przez lekarza**).
- ✓ Kserokopie (**poświadczone za zgodność z oryginałem**) wszelkiej dokumentacji potwierdzającej niepełnosprawność dziecka i mogącej mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności, np.: karty informacyjne z leczenia szpitalnego, historie choroby, badania specjalistyczne, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie. /kserokopia dokumentacji medycznej poświadczona za zgodność z oryginałem powinna zawierać: oznaczenie organu (pieczęć nagłówkowa), pieczęć urzędową „za zgodność z oryginałem”, czytelny podpis osoby upoważnionej do jej poświadczenia lub skrócony podpis (parafka) w przypadku postawienia pieczęci imiennej z pełnioną funkcją lub stanowiskiem przez upoważnionego pracownika/