

.....  
*miejsowość i data*

**WNIOSEK**  
**w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**

☐ 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 wnioski o wydanie orzeczenia – brak stopnia niepełnosprawności,

☐ 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).**

[illegible]

obywatelstwo: .....

rodzaj dokumentu tożsamości: ☐ dowód osobisty, ☐ paszport

dotyczy osób w wieku 16-18 lat: ☐ legitymacja szkolna, ☐ odpis skrócony aktu urodzenia

☐ bez stałego adresu zameldowania,

....., ....., .....

*kod pocztowy* *pocztą* *gmina*

....., ....., .....

*kod pocztowy* *pocшта* *numer telefonu*

....., .....

**Dane osobowe przedstawiciela ustawowego** (wypełnić w przypadku gdy wnioskodawcą jest dziecko w wieku 16-18 lat lub osoba ubezwłasnowolniona – należy potwierdzić ten fakt wyrokiem sądu):

[illegible][illegible][illegible][illegible]

Data i miejsce urodzenia: .....

obywatelstwo: .....

Seria i numer dokumentu tożsamości: .....

rodzaj dokumentu tożsamości: ☐ dowód osobisty, ☐ paszport

Adres zameldowania/pobytu przedstawiciela ustawowego:

..... , .....

*miejscowość* *ulica, numer domu, numer lokalu*

....., ....., .....

Adres do korespondencji (wypełnić, jeśli inny niż adres zameldowania/pobytu):

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

....., ....., .....

*kod pocztowy* *pocztą* *numer telefonu*

adres email \_\_\_\_\_ adres skrzynki do doręczeń elektronicznych \_\_\_\_\_

**Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> odpowiedniego zatrudnienia,                   | <input type="checkbox"/> uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,            |
| <input type="checkbox"/> szkolenia,                                    | <input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna świadczenia          |
| <input type="checkbox"/> uczestnictwa w terapii zajęciowej,            | pielęgnacyjnego,   |
| <input type="checkbox"/> konieczności zaopatrzenia w przedmioty        | <input type="checkbox"/> zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,           |
| ortopedyczne i środki pomocnicze,                                      | <input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego |
| <input type="checkbox"/> korzystania z systemu środowiskowego wsparcia | w dodatkowym wymiarze,   |
| w samodzielnej egzystencji,  | <input type="checkbox"/> innych (jakich?) .....                        |
| <input type="checkbox"/> korzystania z karty parkingowej,              | .....  |
| <input type="checkbox"/> korzystania ze świadczeń z pomocy społecznej, | .....  |

cel podstawowy (określić jeden z powyższych): .....

***Dane dotyczące sytuacji społecznej i zawodowej:***

- stan cywilny: ☐ kawaler/panna, ☐ żonaty/zamężna, ☐ wdowiec/wdowa, ☐ rozwiedziony/rozwiedziona,  
☐ separowany/separowana

- zdolność do samodzielnego funkcjonowania

☐ samodzielnie
 ☐ z pomocą
 ☐ opiekun

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- wykształcenie: ☐ podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego, ☐ podstawowe, ☐ zasadnicze, ☐ średnie, ☐ wyższe

- zawód wyuczony .....

- wykonuję pracę zarobkową: ☐ TAK, ☐ NIE

- zawód wykonywany .....

### **Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że **pobieram/nie pobieram\*** świadczenie rentowe na podstawie orzeczenia o (podać jakiego) .....  
wydanego przez: **ZUS / KRUS / MSWiA\*** w .....
2. **Posiadam/nie posiadam\*** orzeczenie organu rentowego i zapoznałem/am się z możliwością skorzystania z uproszczonej procedury wynikającej z art. 5a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100), zgodnie z którym osoby posiadające ważne orzeczenie wydane przez organ rentowy mogą złożyć do zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności wniosek o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień, od którego nie przysługuje odwołanie.
3. Oświadczam, że **posiadam/nie posiadam\*** orzeczenie o **niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności\*** wydane przez **Powiatowy/Wojewódzki\*** Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w: .....  
data wydania: .....  
wynik komisji: .....
4. Oświadczam, że **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 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 stopniu 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 osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego

\* 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 nadrzędne, 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 stopniu niepełnosprawności należy złożyć:**

- ✓ Czytelnie podpisany oryginał powyższego wniosku (**dokładnie wypełnić każdą rubrykę**).
- ✓ Oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia 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 i mogącej mieć wpływ na ustalenie stopnia 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/