…….
miejscowość i data

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Płocku

WNIOSEK
w sprawie wydania orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień

Wniosek składam *(zaznaczyć krzyżykiem tylko jedno)*:

☐ po raz pierwszy,

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

Dane osobowe osoby zainteresowanej:

Nazwisko																				
Imię *(pierwsze)*																				
Imię *(drugie)*																				
PESEL																				

Data i miejsce urodzenia: .....

obywatelstwo: .....

Seria i numer dokumentu tożsamości: .....

rodzaj dokumentu tożsamości: ☐ dowód osobisty, ☐ paszport

Adres zameldowania:

☐ bez stałego adresu zameldowania,

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

....., ..., ...
kod pocztowy *poczta* *gmina*

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

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

....., ..., ...
kod pocztowy *poczta* *numer telefonu*

....., ...
adres email *adres skrzynki do doręczeń elektronicznych*

Dane osobowe przedstawiciela ustawowego (wypełnić w przypadku gdy wnioskodawcą jest osoba ubezwłasnowolniona – należy potwierdzić ten fakt wyrokiem sądu):

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:

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

....., ..., ...
kod pocztowy *poczta* *gmina*

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

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

....., ..., ...
kod pocztowy *poczta* *numer telefonu*

....., ...
adres email *adres skrzynki do doręczeń elektronicznych*

Posiadam ważne orzeczenie o:

☐ całkowitej niezdolności do pracy oraz orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji,
☐ całkowitej niezdolności do pracy,
☐ częściowej niezdolności do pracy,
☐ celowości przekwalifikowania zawodowego,
☐ zaliczeniu do I grupy inwalidów,
☐ zaliczeniu do II grupy inwalidów,
☐ zaliczeniu do III grupy inwalidów,
☐ stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym.

wydane przez:

☐ lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
☐ komisję lekarską Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
☐ komisję do Spraw Inwalidztwa i Zatrudnienia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
☐ lekarza rzeczoznawcę Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego,
☐ komisję lekarską Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego ,
☐ komisję lekarską wojskową,
☐ komisję podległą MSWiA.

wydane w dniu: ..... ☐ na stałe, ☐ na okres do ..... .

Uzyskanie orzeczenia niezbędne jest w celu:

☐ 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 z pomocy społecznej,
☐ uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
☐ uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
☐ zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
☐ uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
☐ innych (jakich?) .....
.....

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
wykonywanie czynności samoobsługowych	☐	☐	☐
poruszanie się w środowisku	☐	☐	☐
prowadzenie gospodarstwa domowego	☐	☐	☐

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

- zawód wyuczony .....

- wykonuję pracę zarobkową: ☐ TAK, ☐ NIE

- zawód wykonywany .....

Oświadczenia:

1. **Przyjmuję do wiadomości, iż od orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień nie przysługuje odwołanie.**
2. Oświadczam, że **posiadam/nie posiadam*** orzeczenie o **niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności*** wydane przez **Powiatowy/Wojewódzki*** Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w: .....
data wydania: .....
wynik komisji: .....
3. 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.**
4. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień, 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.
5. **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. 2025 poz. 1691)

§ 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.

6. **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. 2025 poz. 383)

§ 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.

7. **Wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie wydania orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień 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. 2025 poz. 383)

§ 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.
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 2021 r., poz. 573), 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 wskazaniach do ulg i uprawnień należy złożyć:

- ✓ Czytelnie podpisany oryginał powyższego wniosku **(dokładnie wypełnić każdą rubrykę).**
- ✓ Kserokopię **(poświadczoną za zgodność z oryginałem)** orzeczenia o inwalidztwie lub niezdolności do pracy wydanego przez właściwy organ rentowy.
- ✓ 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/