

Nr sprawy....., dnia .....

**Powiatowy Zespół do Spraw  
Orzekania o Niepełnosprawności  
ul. Pszowska 92a, 44-300 Wodzisław Śl.**



**WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU  
NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

**Uwaga: wszystkie punkty formularza należy dokładnie wypełnić dużymi drukowanymi literami**

**\* właściwe zaznaczyć**

**Dane wnioskodawcy:**

Nazwisko i imię (imiona) .....

Data i miejsce urodzenia .....

Nr i seria dokumentu tożsamości ..... PESEL ...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Obywatelstwo\*  polskie,  inne (wpisać jakie) .....

Adres miejsca zameldowania (stały, czasowy\*).....

Adres miejsca pobytu/korespondencyjny\* (z kodem pocztowym) .....

.....

Powiat ..... Telefon .....

(dane opcjonalne – nieobowiązkowe)

**Dane przedstawiciela ustawowego/pełnomocnika\*** (wypełnić w przypadku, gdy osoba jest: dzieckiem w wieku od 16 do 18 lat, osobą ubezwłasnowolnioną – należy potwierdzić ten fakt dokumentem wydanym przez sąd, bądź wyznaczyła pełnomocnika – należy potwierdzić ten fakt pisemnym pełnomocnictwem)

Imię (imiona) i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Nr i seria dokumentu tożsamości ..... PESEL ...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Obywatelstwo\*  polskie,  inne (wpisać jakie) .....

Adres miejsca zameldowania (stały, czasowy\*) .....

Adres miejsca pobytu/korespondencyjny\* (z kodem pocztowym) .....

.....

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności\*  po raz pierwszy  
 ponownie  ponownie z powodu zmiany zdrowia (polepszenia/pogorszenia\*) dla celów\*:

- odpowiedniego zatrudnienia;
- szkolenia;
- uczestnictwa w terapii zajęciowej;
- zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne;
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji;

- korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 ustawy – Prawo o ruchu drogowym – karta parkingowa;
- uzyskania zasiłku stałego;
- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego;
- uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego;
- uzyskania prawa do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju;
- uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
- inne, jakie? .....

**Cel główny złożenia wniosku** (wpisać jeden z wyżej wymienionych):.....

**Uzasadnienie wniosku:**

1. Sytuacja społeczna: stan cywilny ..... stan rodzinny .....
2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:
  - 1) wykonywanie czynności samoobsługowych     samodzielnie     z pomocą     z opieką\*
  - 2) poruszanie się w środowisku                     samodzielnie     z pomocą     z opieką\*
  - 3) prowadzenie gospodarstwa domowego         samodzielnie     z pomocą     z opieką\*
3. Sytuacja zawodowa: wykształcenie ....., zawód .....  
obecne zatrudnienie (wykonywany zawód) .....
4. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:    niezbędne / wskazane / zbędne\*  
(jakiego?).....

**Oświadczam, że:**

1. Pobieram świadczenie / nie pobieram świadczenia\* z tytułu ubezpieczenia społecznego:  
 renta inwalidzka,     renta rodzinna,     emerytura,     renta socjalna,     inne,  
(jakie, od kiedy).....
2. Aktualnie toczy się/nie toczy się\* w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym, podać jakim .....
3. Składałem/am, nie składałem/am uprzednio wniosek o ustalenie niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności, jeżeli tak, to kiedy.....  
jaki stopień .....
4. Składałem/am/ nie składałem/am\* uprzednio wniosek o ustalenie grupy inwalidzkiej, orzeczenie niezdolności do pracy\*, jeżeli tak to kiedy..... z jakim skutkiem.....
5. Mogę samodzielnie/z opiekunem przybyć na posiedzenie składu orzekającego/nie mogę samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego\* - **należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność osobistego stawiennictwa na posiedzenie składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby.**

6. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności dostarczenia dokumentacji medycznej uzupełniającej złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza prowadzącego, jestem świadomy/a wymogu ponoszenia kosztów we własnym zakresie.
7. Zobowiązuję się powiadomić Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Wodzisławiu Śl. o każdej zmianie mojego adresu do momentu zakończenia postępowania - zgodnie z art. 41 kodeksu postępowania administracyjnego.
8. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego - *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.*” - oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

**W załączeniu do wniosku przedkładam:**

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza prowadzącego.
2. Dokumentację medyczną: .....
- .....
- .....

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

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

1. **Administratorem danych osobowych przetwarzanych w Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Wodzisławiu Śląskim jest Przewodniczący Zespołu** (ul. Pszowska 92a, 44-300 Wodzisław Śląski).
2. Państwa dane osobowe przetwarzamy w celu rozpatrzenia wniosku w związku z wykonywaniem **obowiązków prawnych ciążyących na administratorze** (art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO\*\*). W pewnym zakresie możemy przetwarzać dane osobowe również **na podstawie Państwa zgody** (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) – np. numer telefonu.
3. Dane osobowe przetwarzamy przez **okres wynikający z przepisów dotyczących instrukcji kancelaryjnej, jednolitego rzeczowego wykazu akt i działania archiwów zakładowych.**
4. Podanie przez Państwa danych jest **obowiązkiem ustawowym**. Obowiązek dotyczy wskazania Państwa danych identyfikacyjnych i danych opisujących okoliczności składanego wniosku. Dodatkowo mogą nam Państwo przekazać **dane opcjonalne w oparciu o Państwa zgodę**, które nie są niezbędne do realizacji wniosku, ale mogą np. usprawnić komunikację między nami.

5. Państwa dane możemy przekazywać **innym organom publicznym i podmiotom** (np. Wojewódzkiemu Zespołowi do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Województwie Śląskim w przypadku rozpatrywania odwołań w II instancji), przy czym dokonujemy tego wyłącznie w sytuacji, gdy istnieje podstawa prawna do tego typu działań. Państwa dane powierzamy również **Ministerstwu Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej – Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych** – w zakresie funkcjonowania systemu EKSMOoN (Elektronicznego Krajowego Systemu Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności). Przetwarzanie Państwa danych ujętych w wewnętrznych systemach informatycznych powierzamy także **podmiotom obsługującym lub udostępniającym nam te systemy**, przy czym zakres przetwarzania ograniczony jest tylko i wyłącznie do zakresu związanego z realizacją zadań w tych systemach, takich jak wdrożenie, naprawa, konserwacja tych systemów lub hosting danych. Państwa dane identyfikacyjne przekazujemy również **innym administratorom przetwarzającym je we własnym imieniu**, takim jak podmioty prowadzące działalność pocztową lub płatniczą (banki), jednakże tylko w zakresie niezbędnym do realizacji świadczeń względem Państwa.
6. Mają Państwo **prawo** dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania oraz w przypadkach przewidzianych w RODO – do usunięcia i ograniczania przetwarzania danych. W przypadku danych przetwarzanych na podstawie zgody – mają Państwo dodatkowo prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych. W celu realizacji powyższych praw mogą Państwo złożyć do nas **wniosek**.
7. Mają Państwo ponadto prawo wniesienia **skargi** do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli uważają Państwo, że przetwarzanie Państwa danych narusza przepisy RODO.
8. W sprawach związanych z ochroną danych osobowych mogą się Państwo kontaktować z **Inspektorem Ochrony Danych w Starostwie Powiatowym: [iod@powiatwodzislawski.pl](mailto:iod@powiatwodzislawski.pl)**.
9. Więcej informacji: [www.powiatwodzislawski.pl/mojedane](http://www.powiatwodzislawski.pl/mojedane).

\*\* RODO – ogólne rozporządzenie o ochronie danych (2016/679) z dnia 27 kwietnia 2016 r.

#### UWAGI DOTYCZĄCE SKŁADANIA WNIOSKU:

Do wniosku należy załączyć:

1. **zaświadczenie lekarskie** o stanie zdrowia wydane dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności - wystawione przez lekarza prowadzącego **nie wcześniej niż 30 dni** przed złożeniem wniosku;
2. posiadaną **kserokopię dokumentacji medycznej (poświadczoną za zgodność z oryginałem lub kopię wraz z oryginałem do wglądu)**, którą stanowią m.in.: karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych, opisy badań ekg, rtg, usg, TK, rezonansu magnetycznego, opinie psychologiczne (są ważne 2 lata), kartotekę z poradni prowadzącej oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności, a zwłaszcza okresu jej powstania;
3. **dokument tożsamości** (dowód osobisty) do wglądu;
4. **poprzednie orzeczenie** - jeżeli było wydane - o grupie ZUS, KIZ, KRUS, MON wydane przed 1997r.;
5. w przypadku osób ubezwłasnowolnionych lub pozbawionych zdolności do czynności prawnych dla których został ustanowiony opiekun prawny lub kurator - postanowienie sądu o ustanowieniu opieki lub kurateli.
6. w przypadku osób niepełnoletnich – dowód osobisty małoletniego lub kartę NFZ i aktu urodzenia (do wglądu).

Dodatkowe informacje można uzyskać pod numerem telefonu (32) 412-09-67,  
od poniedziałku do czwartku: 8.00 – 15.00; piątek: 8.00 – 14.00

Punkt informacyjny (pokój nr 9) czynny:

Od poniedziałku do środy: 8:00-15:00; czwartek: 8:00-17:00; piątek: 8:00-13:00

**UWAGA: zaświadczenie jest ważne tylko 30 dni od jego wystawienia,  
wszystkie punkty formularza oraz dane osobowe pacjenta wypełnia lekarz w języku polskim**

Niewłaściwie wypełnione zaświadczenie lekarskie jest obarczone brakiem formalnym.  
Zaświadczenie nieaktualne lub z brakami uniemożliwia skuteczne wszczęcie postępowania.

....., dnia .....

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw  
Orzekania o Niepełnosprawności**

**Imię i nazwisko** .....

**Data urodzenia** ..... PESEL ...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....

**Adres zamieszkania** .....

**1. Rozpoznanie choroby zasadniczej** .....

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

**2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium** .....

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

**3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące** .....

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

**4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja** .....

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

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie.....

.....  
.....

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych (w załączeniu).....

.....  
.....

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia .....

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

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

Tak / Nie\*

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (rok) .....

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

W/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

Tak / Nie\*

W/w do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności jest \* :

a) zdolny/a,

b) zdolny/a w towarzystwie osoby drugiej,

c) **trwale** niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby umożliwiającej osobiste stawiennictwo – poniżej należy szczegółowo opisać stan ogólny i/lub miejscowy pacjenta i dołączyć dokumentację medyczną potwierdzającą powyższy stan.

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

.....

pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie