



Miejsce na adnotację urzędową

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

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

**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 2018 r., poz. 2027, z późn. zm.)

**Wniosek składam (wybrać jedną z opcji i zaznaczyć X):**

- 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 2018 r., poz. 2027, 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 2018 r., poz. 2027, 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. z 2018 r. poz. 1990, z późn. zm.) w zakresie przyznania prawa do korzystania z karty parkingowej**

**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 (najważniejsze cele zaznaczyć krzyżykiem):**

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

**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**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> wynagrodzenie            | <input type="checkbox"/> emerytura            |
| <input type="checkbox"/> na utrzymaniu rodziny    | <input type="checkbox"/> renta z tytułu ..... |
| <input type="checkbox"/> pomoc społeczna          | <input type="checkbox"/> brak                 |
| <input type="checkbox"/> zasiłek dla bezrobotnych | <input type="checkbox"/> 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 (obecnie) .....**

**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 2018 r., poz. 2096, z późn. zm.)**  
§ 1. W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swojego adresu, w tym adresu elektronicznego.  
§ 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 2019 r. poz. 1950, z późn. zm.)**  
§ 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, 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 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 art. 13 ust. 1 i 2 *ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych* z dnia 27 kwietnia 2016 r.

**wyrażam zgodę:**

1. 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 [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

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

2. na podanie adresu do korespondencji (wypełnić w przypadku kiedy jest inny niż adres zamieszkania)

.....  
.....

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

Załącznik nr 2 – Klauzula informacyjna

### KLAUZULA INFORMACYJNA

**dla Klientów Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krapkowicach**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 *ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych* z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krapkowicach, reprezentowany przez Przewodniczącą Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krapkowicach, adres do korespondencji: ul. Kilińskiego 1, 47-303 Krapkowice, e-mail: [ps@powiatkrapkowicki.pl](mailto:ps@powiatkrapkowicki.pl);
2. Inspektorem ochrony danych w Starostwie Powiatowym w Krapkowicach jest Henryk Małek, Sekretarz Powiatu, tel. 77 40 74 308, e-mail: [h.malek@powiatkrapkowicki.pl](mailto:h.malek@powiatkrapkowicki.pl).
3. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krapkowicach oraz organy właściwe określone ustawami.
4. Celem przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest prowadzenie postępowania administracyjnego przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Krapkowicach. Podstawę prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. a, lub e rozporządzenia RODO.
5. Dane osobowe będą przekazywane do innego państwa wyłącznie w przypadkach, kiedy wymaga tego prowadzone postępowanie.
6. Państwa dane nie podlegają zautomatyzowanemu systemowi podejmowania decyzji oraz profilowaniu.
7. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z zasad określonych w rozporządzeniu z dnia 18 stycznia 2011 roku w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
8. Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych, które przetwarzamy na podstawie Państwa zgody. Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Państwa zgody przed jej wycofaniem.
9. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych
10. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych (UODO), w przypadku, gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.