

# Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Nr sprawy: PZOON.8321.2. .... 20...  
( numer nadaje Zespól )

.....  
data przyjęcia, podpis osoby przyjmującej wniosek

Wąbrzeźno, dnia .....

**Imię i nazwisko** /...../  
**Data urodzenia** ..... **Miejsce urodzenia** .....  
**Adres zamieszkania (stałego wg dokumentów)** .....  
**Adres pobytu** .....  
**Adres do korespondencji** .....  
**Nr PESEL** /...../ **Nr, seria dowodu osobistego** .....  
**Nr telefonu** .....

**Dane przedstawiciela ustawowego** – wypełniane tylko w przypadku gdy osoba zainteresowana jest niepełnoletnia lub ubezwłasnowolniona.

**Gdy nie zachodzi w/w okoliczność zaznaczyć „NIE DOTYCZY”**

**Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego**  
/...../  
**Adres zamieszkania / adres korespondencyjny przedstawiciela ustawowego:** .....  
**Seria i nr dowodu osobistego** ..... ; **Nr telefonu** .....

**Komisja pierwszorazowa**   
**Komisja kolejna:**  
 w celu kontynuacji ważnego\* orzeczenia  
 w związku z pogorszeniem stanu zdrowia

**Powiatowy Zespól do Spraw Orzekania  
o Niepełnosprawności  
ul. Wolności 44  
87 – 200 Wąbrzeźno**

**Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów:** (odpowiednie zaznaczyć)

1. Odpowiedniego zatrudnienia uwzględniającego psychofizyczne możliwości,
2. Szkolenia, w tym specjalistycznego,
3. Uczestnictwa w terapii zajęciowej,
4. Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze ułatwiające funkcjonowanie,
5. Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych,
6. Ubiegania się o świadczenia pieniężne z pomocy społecznej: zasiłku pielęgnacyjnego, zasiłku stałego, innych świadczeń\*
7. Korzystania z karty parkingowej zgodnie z art. 8 ust.1 ustawy – Prawo o ruchu drogowym,
8. Uzyskania dodatkowej powierzchni mieszkalnej, zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
9. Inne ( proszę określić jakie, np. ulga telekomunikacyjna ) .....

## Uzasadnienie wniosku:

1. Sytuacja społeczna: stan cywilny .....; stan rodziny (ilość osób wspólnie zamieszkujących).....
2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:  
- wykonywanie czynności samoobsługowych: **samodzielnie / z pomocą / opieka\***  
- poruszanie się w środowisku **samodzielnie / z pomocą / opieka\***  
- prowadzenie gospodarstwa domowego: **samodzielnie / z pomocą / opieka\***
3. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego: **niezbędne / wskazane / zbędne\***; **nie korzystam / korzystam\***,
4. Sytuacja zawodowa:  
- wykształcenie .....; zawód / przygotowanie zawodowe lub posiadane kwalifikacje .....  
obecne zatrudnienie **nie pracuję / pracuję\***(podać gdzie) .....

**Oświadczam, że:**

1. Pobieram /nie pobieram\* świadczenie z ubezpieczenia społecznego: emerytura, renta, świadczenie przedemerytalne
2. Składałem/nie składałem\* uprzednio wniosek o ustalenie niepełnosprawności / stopnia niepełnosprawności: orzeczenie z dnia ..... niepełnosprawność / stopień.....ważne do ...../na stałe\* wydane przez Miejski/Powiatowy/Wojewódzki\* Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w ..... W przypadku zmiany nazwiska, podać nazwisko na które wydano poprzednie orzeczenie .....
3. Posiadam /nie posiadam\* orzeczenie innego organu orzeczniczego jeśli tak, to podać nazwę organu: (ZUS, KRUS, MSWiA, MON) podać datę wydania orzeczenia .....
4. **Mogę/ nie mogę\* przybyć na posiedzenie składu orzekającego.** (Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby).
5. Na podstawie art. 6 ust.1 lit. a RODO: **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*** na przetwarzanie udostępnionych danych dotyczących: numeru telefonu podanego w niniejszym wniosku w celu otrzymywania w ten sposób informacji dotyczących wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

**Zostałem poinformowany/a o prawie do wycofania zgody na przetwarzanie danych dotyczących: numeru telefonu w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Pana/i zgody przed jej wycofaniem.**

6. Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

\* odpowiednie zaznaczyć

**Wraz z wnioskiem należy złożyć dokumentację medyczną zgodnie z poniższą informacją**

.....  
Podpis wnioskodawcy lub jego przedstawiciela ustawowego

**Informacja !**

W dniu składania wniosku należy złożyć:

1. **Zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza leczącego rodzinnego lub specjalistę (oryginał obowiązującego druku),  
Zaświadczenie zachowuje ważność 30 dni - od daty wystawienia do dnia złożenia w Powiatowym Zespole d/s...**
2. **Oryginały lub kopie dokumentacji medycznej** (zgodnie z art. 76a kpa - kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem na każdej stronie dokumentu przez podmiot, który dokument wytworzył, tj. np. historię choroby – potwierdza osoba uprawniona z poradni będącej w posiadaniu tej dokumentacji lub przez osobę uprawnioną do takiego potwierdzenia tj. notariusza albo przez występującego w sprawie pełnomocnika strony będącego adwokatem, radcą prawnym, rzecznikiem patentowym lub doradcą podatkowym) **umożliwiające ustalenie stopnia niepełnosprawności, daty powstania niepełnosprawności i stopnia niepełnosprawności, itd.**

**Dokumentację medyczną stanowią:** historie chorób z poradni specjalistycznych i POZ, karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań specjalistycznych (np.: badanie wzroku, badanie dna oka, pole widzenia; badanie słuchu; rezonans magnetyczny; zdjęcia rtg i opisy do zdjęć rtg), aktualne wyniki testów psychologicznych oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na rozpatrzenie sprawy, np. opinie, orzeczenia.

**Potwierdzenia za zgodność z oryginałem kserokopii dokumentu** (karty informacyjnej leczenia szpitalnego, wyniku badania), **który pozostaje w dokumentacji Zespołu** może także dokonać pracownik przyjmujący wniosek, jeżeli przy składaniu wniosku zostanie przedstawiony oryginał dokumentu.

**Przy dokonywaniu oceny o zaliczaniu do osób niepełnosprawnych przez skład orzekający będą uwzględniane tylko oryginały lub kopie dokumentacji medycznej potwierdzone za zgodność z oryginałem.**

**Kserokopie dokumentacji medycznej nie potwierdzone za zgodność z oryginałem, zgodnie z obowiązującymi przepisami, mogą posłużyć jako materiał pomocniczy przy wydawaniu oceny, ale nie decydują o zaliczaniu do stopnia niepełnosprawności.**

3. W celu kontynuacji niepełnosprawności nowy wniosek o wydanie orzeczenia należy złożyć **nie wcześniej niż 30 dni przez utratą ważności posiadanego orzeczenia.**
4. **Przy kolejnym składaniu wniosku o wydanie orzeczenia należy dołączyć oryginały lub kopie dokumentacji medycznej zgrupowanej po dacie wydania ostatniego orzeczenia, potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez podmiot, który wydał dokument lub przez osoby uprawnione do takiego potwierdzenia(z imienia i nazwiska).**
5. **Jeżeli wnioskodawca był orzekany w innym Zespole niż Powiatowy Zespół ds. Orzekania w Wąbrzeźnie lub był orzekany w Wojewódzkim Zespole ds. Orzekania bądź w Sądzie - należy załączyć kopię posiadanego orzeczenia lub wyroku.**

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/W – ogólne rozporządzenie o ochronie danych, informujemy, iż:

**Administratorem Pani/Pana danych osobowych będzie Przewodniczący Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Wąbrzeźnie.**

**Można się z nim kontaktować w następujący sposób: listownie na adres siedziby: ul. Wolności 44, 88-200 Wąbrzeźno, tel. 56-688-24-50 do 57, e-mailowo: [pzon@wabrzezno.pl](mailto:pzon@wabrzezno.pl).**

**Do kontaktów w sprawie ochrony Pani/Pana danych osobowych został także powołany inspektor ochrony danych, z którym można się kontaktować wysyłając e-mail na adres: [iod@wabrzezno.pl](mailto:iod@wabrzezno.pl).**

1. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie:
  - 1) art. 6 ust. 1 lit c i art. 9 ust. 2 lit. b RODO w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w celu realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze tj. wydania orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub o wskazaniach do ulg i uprawnień,
  - 2) art. 6 ust. 1 lit. a na podstawie Pani/Pana zgody. Zgoda jest wymagana, gdy uprawnienie do przetwarzania danych osobowych nie wynika wprost z przepisów prawa, np. podanie nr telefonu, adresu e-mail.
2. Pani/Pana dane osobowe możemy ujawniać, przekazywać i udostępniać wyłącznie podmiotom uprawnionym na podstawie obowiązujących przepisów prawa, są nimi m.in. podmioty świadczące usługi pocztowe, bankowe, telekomunikacyjne, organy ścigania, podatkowe, oraz inne podmioty, gdy wystąpią z takim żądaniem oczywiście w oparciu o stosowną podstawę prawną. Pracownikom oraz współpracownikom administratora. Pani/Pana dane osobowe możemy także przekazywać podmiotom, które przetwarzają je na zlecenie administratora tzw. podmiotom przetwarzającym, są nimi np.: podmioty świadczące usługi informatyczne oraz inne wykonujące wyspecjalizowane usługi oraz podmiot wybrany przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w związku z obsługą systemu informatycznego EKSMOoN, jednakże przekazanie Pani/Pana danych nastąpić może tylko wtedy, gdy zapewnią one odpowiednią ochronę Pani/Pana praw.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą do czasu istnienia podstawy do ich przetwarzania, w tym również przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji i tak:
  - 1) do 50 lat od dnia zrealizowania Pani/Pana wniosku,
  - 2) w zakresie danych, gdzie wyraziła Pani/Pan zgodę na ich przetwarzanie, do czasu cofnięcia zgody, nie dłużej jednak niż do czasu wskazanego w pkt 1.
4. W związku z przetwarzaniem danych osobowych przez Administratora ma Pani/Pan prawo do:
  - 1) dostępu do treści danych na podstawie art. 15 RODO;
  - 2) sprostowania danych na podstawie art. 16 RODO;
  - 3) usunięcia danych na podstawie art. 17 RODO, jeżeli:
    - a) wycofa Pani/Pan zgodę na przetwarzanie danych osobowych;
    - b) dane osobowe przestaną być niezbędne do celów, w których zostały zebrane lub w których były przetwarzane;
    - c) dane są przetwarzane niezgodnie z prawem;
  - 4) ograniczenia przetwarzania danych na podstawie art. 18 RODO, jeżeli:
    - a) osoba, której dane dotyczą, kwestionuje prawidłowość danych osobowych;
    - b) przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się usunięciu danych osobowych, żądając w zamian ograniczenia ich wykorzystywania;
    - c) administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobie, której dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;
    - d) osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania – do czasu stwierdzenia, czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie administratora są nadrzędne wobec podstaw sprzeciwu osoby, której dane dotyczą;
  - 5) cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody nie wpływa na przetwarzanie danych dokonywane przez administratora przed jej cofnięciem
5. Podanie Pani/Pana danych:
  - 1) jest wymogiem ustawy na podstawie, których działa administrator. Jeżeli odmówi Pani/Pan podania swoich danych lub poda nieprawidłowe dane, administrator nie będzie mógł zrealizować celu do jakiego zobowiązują go przepisy prawa,
  - 2) jest dobrowolne i odbywa się na podstawie Pani/Pana zgody, która może być cofnięta w dowolnym momencie.
6. Przysługuje Pani/Panu także skarga do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie jej/jego danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
7. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
8. Administrator nie przekazuje danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych.

**Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższą klauzulą informacyjną**

Wąbrzeźno, dnia.....

.....  
Podpis wnioskodawcy lub jego przedstawiciela ustawowego