

**Wniosek  
o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności  
(dotyczy osób powyżej 16 roku życia)**

Nr sprawy: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*Uwaga! Pola w rubrykach należy wypełnić czytelnie, pismem drukowanym, dużymi literami*

**DANE OSOBOWE OSOBY ZAINTERESOWANEJ:**

NAZWISKO																											
IMIĘ 1																											
IMIĘ 2																											
PESEL																											
PŁEĆ	M	/		K	Odpowiednio zaznaczyć																						
DATA URODZENIA	Wpisać cyframi: dzień/miesiąc/rok																										
MIEJSCE URODZENIA																											
OBYWATELSTWO																											
SERIA I NR DOK.TOŻSAMOŚCI																											
RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. dowód osobisty</li> <li>2. paszport</li> <li>3. prawo jazdy</li> <li>4. legitymacja szkolna</li> <li>5. odpis skrócony aktu urodzenia</li> </ol>																										

**ADRES ZAMELDOWANIA OSOBY ZAINTERESOWANEJ:**

MIEJSCOWOŚĆ																											
ULICA, NR DOMU, LOKALU																											
KOD POCZTOWY	-																										
POCZTA																											

**ADRES POBYTU OSOBY ZAINTERESOWANEJ (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania) UWAGA! TEN ADRES JEST TAKŻE ADRESEM DO DORĘCZEŃ KORESPONDENCJI**

MIEJSCOWOŚĆ																											
ULICA, NR DOMU, LOKALU																											
KOD POCZTOWY	-																										
POCZTA																											
TELEFON KONTAKTOWY																											

**DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (w przypadku wniosków osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych)**

NAZWISKO																											
IMIĘ 1																											
IMIĘ 2																											
PESEL																											
PŁEĆ	M	/		K	Odpowiednio zaznaczyć																						
DATA URODZENIA	Wpisać cyframi: dzień/miesiąc/rok																										
MIEJSCE URODZENIA																											
OBYWATELSTWO																											
SERIA I NR DOK.TOŻSAMOŚCI																											
RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. dowód osobisty</li> <li>2. paszport</li> <li>3. prawo jazdy</li> <li>4. legitymacja szkolna</li> <li>5. odpis skrócony aktu urodzenia</li> </ol>																										

**ADRES ZAMELDOWANIA/POBYTU PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO / (w przypadku wniosków osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych)**

<b>MIEJSCOWOŚĆ</b>																				
<b>ULICA, NR DOMU, LOKALU</b>																				
<b>KOD POCZTOWY</b>			-																	
<b>POCZTA</b>																				
<b>TELEFON KONTAKTOWY</b>																				

**ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA CELÓW:**

X *Zaznaczyć*

<input type="checkbox"/>	Odpowiedniego zatrudnienia
<input type="checkbox"/>	Szkolenia
<input type="checkbox"/>	Uczestnictwa w terapii zajęciowej
<input type="checkbox"/>	Konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
<input type="checkbox"/>	Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
<input type="checkbox"/>	Korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 z 20.06.1997 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2012 r., poz. 1137, z późn. zm.) <i>Karta parkingowa</i>
<input type="checkbox"/>	Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
<input type="checkbox"/>	Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
<input type="checkbox"/>	Uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
<input type="checkbox"/>	Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
<input type="checkbox"/>	Uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
<input type="checkbox"/>	Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów

*Inne-wymienić jakich: np. korzystanie z rehabilitacji*

**DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ:**

*Zaznaczyć X*

<b>STAN CYWILNY:</b>	<i>kawaler / panna</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>żonaty / zamężna</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>separowany / separowana</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>wdowiec / wdowa</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>rozwódziona / rozwiedziony</i>	<input type="checkbox"/>
<b>WYKONYWANIE CZYNNOŚCI SAMOOSŁUGOWYCH</b>	<i>samodzielnie</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>z pomocą</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>opieka</i>	<input type="checkbox"/>
<b>PORUSZANIE SIĘ</b>	<i>samodzielnie</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>z pomocą</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>opieka</i>	<input type="checkbox"/>
<b>PROWADZENIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO</b>	<i>samodzielnie</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>z pomocą</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>opieka</i>	<input type="checkbox"/>
<b>WYKSZTAŁCENIE</b>	<i>wyższe</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>średnie</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>zasadnicze</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>podstawowe</i>	<input type="checkbox"/>
	<i>podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego</i>	<input type="checkbox"/>
<b>ZAWÓD WYUCZONY</b>		<input type="checkbox"/>
<b>CZY AKTUALNIE WYKONUJE PRACĘ ?</b>		<input type="checkbox"/>
<b>ZAWÓD WYKONYWANY</b>		<input type="checkbox"/>

**OŚWIADCZENIA:**

Zaznaczyć X

<b>CZY POBIERA ŚWIADCZENIE RENTOWE ?</b>		
<b>NAZWA POBIERANEGO ŚWIADCZENIA RENTOWEGO</b>	renta szkoleniowa	
	renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy	
	renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy	
	renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i do samodzielnej egzystencji	
	renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy	
	renta rolnicza szkoleniowa	
	wojskowa renta inwalidzka	
	policyjna renta inwalidzka	
	renta inwalidzka z powodu inwalidztwa I gr	
	renta inwalidzka z powodu inwalidztwa II gr	
	renta inwalidzka z powodu inwalidztwa III gr	
<b>CZY OSOBA BYŁA / JEST ZALICZONA DO STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ?</b>	była	
	jest	

Czy ze względu na stan zdrowia, zainteresowany(a) <b>może</b> przybyć na posiedzenie sądu orzekającego?	Zaznaczyć X
Czy ze względu na stan zdrowia, zainteresowany(a) <b>nie może</b> przybyć na posiedzenie sądu orzekającego?	Zaznaczyć X

**Wniosek składam ze względu na:**

Pierwszy wniosek	Zaznaczyć X
Zmiana stanu zdrowia w trakcie ważności dotychczasowego orzeczenia Nr orzeczenia..... Data wydania..... Termin ważności.....	
Ponowne wydanie orzeczenia po upływie ważności dotychczasowego Nr orzeczenia..... Data wydania..... Termin ważności .....	

**OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I PRAWNYM ORAZ JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE LUB ZATAJENIE PRAWDY.**

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

.....  
(podpis z imienia i nazwiska osoby zainteresowanej)**INFORMACJE DODATKOWE:**

- składając wniosek należy okazać **dokument potwierdzający tożsamość** osoby zainteresowanej, wymieniony we wniosku,
- do wniosku dołącza się **dokumentację medyczną** i inne dokumenty medyczne mogące mieć wpływ na ustalenie wskazań do ulg i uprawnień (*przyjmujemy wyłącznie kserokopie tych dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem przez placówkę służby zdrowia lub należy okazać oryginały przy składaniu wniosku*),
- jeżeli wniosek składa opiekun prawny, to należy załączyć **postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego**,
- właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca pobytu** w przypadku osób:
  - bezdomnych,
  - przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych,
  - przebywających w zakładach karnych i poprawczych,
  - przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.
- właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca stałego pobytu** w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych.

# Spis dokumentów medycznych załączonych do wniosku

(ułożyć według daty sporządzenia)

Nie przyjmujemy oryginałów - wyłącznie kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem.

Lp.	Nazwa dokumentu medycznego	Data sporządzenia

## O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych na zasadach określonych w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych oraz w ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych ( t.j. Dz.U 2018r., poz. 1000) w zbiorze danych osobowych prowadzonych przez:

### **POWIATOWY ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W RAWIE MAZOWIECKIEJ**

Celem przetwarzania danych osobowych jest realizowanie przez:

#### **Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Rawie Mazowieckiej**

zadań określonych przepisami ustawy z dn. 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 511, z późn. zm.) oraz ustawy z dn. 20 czerwca 1997 r.- Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2017r. poz. 1260)

Jednocześnie oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/ana o:

1. adresie/siedzibie Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności, 96-200 Rawa Mazowiecka, ul. Kościuszki 5 jako administratora moich danych osobowych
2. adresie kontaktowym do Inspektora Ochrony Danych Osobowych;
3. przysługujących mi prawach na podstawie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r, a w szczególności o prawie żądania od administratora dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawie do wniesienia skargi do organu nadzorczego.
4. Zapoznałem się z treścią Klauzuli informacyjnej dotyczącej ochrony danych osobowych.

.....  
(podpis pracownika PZOON przyjmującego  
oświadczenie)

.....  
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)<sup>1</sup>

.....  
(miejscowość, data )

.....  
(nr PESEL)

## OŚWIADCZENIE

### o miejscu pobytu stałego

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. *o ewidencji ludności* (Dz. U. z 2015 r., poz. 388), zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że moim miejscem pobytu stałego/ miejscem pobytu stałego dziecka/ miejscem pobytu stałego osoby w imieniu której składam wniosek<sup>2</sup> jest:

.....  
(adres miejsca pobytu stałego)

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz. U. z 1997 r., Nr. 88, poz. 553 z późn. zm.) - *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* potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

.....  
(podpis)

<sup>1</sup> Osoba, której dotyczy wniosek o wydanie orzeczenia.

<sup>2</sup> Niepotrzebne skreślić.