

Nr wniosku .....

Nr sprawy ZON.8321. ....2025.D

Do Powiatowego Zespołu do Spraw  
Orzekania o Niepełnosprawności  
w L e g n i c y

## Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

### 1. Wniosek składam (wybrać jedną z opcji):

- po raz pierwszy,
- w związku z wygaśnięciem terminu poprzedniego orzeczenia,<sup>1</sup>
- mimo ważności posiadanego orzeczenia, w związku ze zmianą stanu zdrowia,

**Uwaga!**

Osoby zainteresowane składające wniosek o przedłużenie posiadanego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności winny składać go **nie wcześniej niż 2 miesiące przed upływem ważności posiadanego orzeczenia.**

### 2. Wniosek składam dla celów:\*

- odpowiedniego zatrudnienia,
- szkolenia,
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
- zatrudnienie w zakładzie aktywności zawodowej,
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (*korzystanie z ulg socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych*),
- korzystania z karty parkingowej,
- korzystania z systemu pomocy społecznej
- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
- uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
- innych (jakie?): pomoc społeczna /ulgi i uprawnienia na podstawie odrębnych przepisów:\*

### 3. Dane osoby zainteresowanej

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia ..... Miejsce urodzenia .....

Numer PESEL ..... Obywatelstwo\*\* .....

Adres zamieszkania .....

Nr i seria dokumentu tożsamości ..... Nr tel. kontaktowego .....

Adres do korespondencji (*jeśli jest inny niż adres zamieszkania*).....

### **Dane przedstawiciela ustawowego niepełnoletniego dziecka lub opiekuna prawnego ustanowionego orzeczeniem sądu dla osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej**

Imię: .....

Nazwisko: .....

Data urodzenia ..... Miejsce urodzenia .....

PESEL ..... Obywatelstwo\*\* .....

Nr i seria dokumentu tożsamości ..... Nr tel. kontaktowego .....

Adres zamieszkania .....

Adres do korespondencji (*jeśli jest inny niż adres zamieszkania*) .....

#### 4. Uzasadnienie wniosku:

- stan cywilny:  kawaler/panna,  żonaty/mężatka,  rozwiedziony/a,  wdowiec/a

- 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\*

- korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:  nie,  tak, z jakiego .....

- sytuacja zawodowa: - wykształcenie ..... zawód wyuczony .....

uczeń/student,  emeryt/rencista,  bezrobotny,  aktywny zawodowo \*obecnie wykonywany zawód .....

#### 5. Oświadczam, że:

1/  nie pobieram  pobieram świadczenie z ubezpieczenia społecznego:

emeryturę,  świadczenie rehabilitacyjne,  rentę socjalną,  rentę rodzinną,  rentę:<sup>2</sup> do wyboru:

<sup>2</sup> **(właściwe podkreślić):** renta szkoleniowa, renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy, renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji, renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy, renta rolnicza szkoleniowa, wojskowa, policyjna renta inwalidzka, renta inwalidzka I, II, III grupy,

2/  nie składałam/em  składałam/em odwołanie\* (kiedy).....

3/  nie składałam/em  składałam/em\* uprzednio wniosku o ustalenie stopnia

niepełnosprawności , (jeżeli tak to gdzie i kiedy) .....

4/  mogę  nie mogę\* samodzielnie 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).

6/ jestem świadoma/y, o konieczności uzupełnienia dokumentacji, i wymogu ponoszenia kosztów we własnym zakresie, w pisemnie wyznaczonym przez przewodniczącego Zespołu terminie, jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja będzie niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. **Nieuzupełnienie dokumentacji spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.**

**7/ zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu i dokumentu tożsamości do momentu zakończenia postępowania orzeczniczego.**

8/ uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego - „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub 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 świadoma/y odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....  
**czytelny podpis osoby składającej wniosek \***

**Do wniosku należy dołączyć : Obowiązkowo:**

1/ **oryginał ważnego** zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia,wydanego na potrzeby Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności ( ważne 30 dni od daty wystawienia przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej),

2/ **ksero potwierdzonej za zgodność z oryginałem dokumentacji medycznej** umożliwiającej ustalenie stopnia niepełnosprawności i datę powstania niepełnosprawności (kserokopii dokumentacji tj. karty szpitalne karty informacyjne, opinie psychologiczne, wyniki testów i badań specjalistycznych, opis badań RTG, USG, TK, MR itp. - w zależności od schorzenia ).

3/ **kopie posiadanych orzeczeń** (w tym: KRUS, ZUS, MON, KIZ - **oryginały do wglądu**).

**W uzasadnionych okolicznościach:**

1/ **oświadczenie o miejscu pobytu stałego** (w przypadku osób posiadających dokument tożsamości bez adresu zameldowania),

2/ **oświadczenie o złożeniu wniosku w celu ustalenia wskazania do karty parkingowej.**

**Uwaga! Do wniosku została załączona klauzula informacyjna RODO.**

**Wyjaśnienia:**

\* podpis osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego, w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej należy dołączyć postanowienie sądu.

\*\* należy wpisać w przypadku osoby nie posiadającej nr PESEL

**KLAUZULA INFORMACYJNA**  
**dla klientów Powiatowego Zespołu**  
**ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Legnicy**

Na podstawie 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 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)

Informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych Pani/Pana lub dziecka jest Przewodniczący Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Legnicy, plac Słowiański 1, 59-220 Legnica, tel.: 7672-43-516.

2. Kontakt z Inspektorem ochrony danych: tel.: 7672-43-429, e-mail: [iod@powiat-legnicki.eu](mailto:iod@powiat-legnicki.eu).

3. Pani/Pana lub dziecka dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji ustawowych zadań Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności to jest: rejestracji, analizy i załatwienia wpływających wniosków o ustalenie stopnia niepełnosprawności/ niepełnosprawności, wydania legitymacji osoby niepełnosprawnej i/lub karty parkingowej.

4. Dane osobowe Pani/Pana lub Pani/Pana dziecka będą przetwarzane zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. lub zgodnie z art. 9 ust.1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz: w przypadku ubiegania się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

*w przypadku ubiegania się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,*

*w przypadku ubiegania się o wydania orzeczenia o wskazaniu do ulg i uprawnień na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,*

*w przypadku ubiegania się o wydanie legitymacji osoby niepełnosprawnej na podstawie Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności,*

*w przypadku ubiegania się o wydania karty parkingowej na podstawie Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2014 r. w sprawie wzoru oraz trybu wydawania i zwrotu kart parkingowych.*

5. Pani/Pana lub Pani/Pana dziecka dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcom innym niż organy publiczne, które otrzymują te dane w ramach konkretnego postępowania, zgodnie z obowiązującym prawem.

6. Okres przechowywania Pani/Pana lub Pani/Pana dziecka danych osobowych wynika z Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych z dnia 18 stycznia 2011 r. oraz Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

7. Posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej lub ich dalsze przetwarzanie, będące wynikiem złożonego wcześniej wniosku lub rozpoczęcia prowadzenia sprawy jest niezbędne z uwagi na przepisy szczegółowe. Tam, gdzie do przetwarzania danych osobowych konieczne jest wyrażenie zgody, zawsze ma Pan/Pani prawo nie wyrazić zgody, a w przypadku jej wcześniejszego wyrażenia, do cofnięcia zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na przetwarzanie Pani/Pana danych do momentu jej wycofania.

8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

9. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i warunkiem koniecznym do rozpatrzenia sprawy.