

Nr wniosku/...../.....

Nr sprawy ZON.8321. 2026.D

Powiatowy Zespół do Spraw
Orzekania o Niepełnosprawności
w Legnicy
Pl. Słowiański 1, 59-220 Legnica

Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

1. Wniosek składam (wybrać jedną z opcji):

- po raz pierwszy,
- w związku z wygaśnięciem terminu poprzedniego orzeczenia,
- mimo ważności posiadanego orzeczenia, w związku ze zmianą stanu zdrowia,

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 (*ulgi socjalne, opiekuńcze, terapeutyczne i rehabilitacyjne*),
- korzystania z karty parkingowej,
- korzystania z systemu pomocy społecznej
- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
- uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
- świadczenie wspierające,
- innych : uprawnienia na podstawie odrębnych przepisów:

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.**

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 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*)

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

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

3/ nie składałam/em składałam/em* uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności : 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.

9/ upoważniam Panią / Pana PESEL

do odbioru zaświadczenia (jeśli dotyczy) potwierdzającego złożenie wniosku, wydanego na podstawie art. 6bb ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2025 r. poz. 913)

.....

czytelny podpis (imię i nazwisko) wnioskodawcy lub opiekuna prawnego *

Do wniosku należy dołączyć : Obowiązkowo:

1/ **oryginał ważnego** zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia, wydanego na potrzeby Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności (ważne 3 miesiące od daty wystawienia przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej),

2/ **ksero potwierdzonej za zgodność z oryginałem aktualnej 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),

Uwaga! Do wniosku została załączona klauzula informacyjna RODO.

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

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.

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.