



**Oświadczam, że: (odpowiednie zaznaczyć)**

- 1) Stan cywilny:  - żonaty/mężatka  - rozwiedziony/a  - w separacji  - wdowiec/wdowa  - kawaler/panna
- 2) Wykształcenie:  - mniej niż podstawowe  - podstawowe  - zasadnicze  - średnie  - wyższe
- 3) Zawód wyuczony ..... Zawód obecnie wykonywany.....
- 4) Miejsce pracy (nazwa zakładu)..... Staż pracy.....
- 5) Wykonywanie czynności samoobsługowych ( dot. np. higieny osobistej, załatwiania potrzeb fizjologicznych, spożywania posiłków, ubierania się, przyjmowania leków)  - z opieką  - z pomocą  - samodzielnie
- 6) Poruszanie się (dot. np. w obrębie mieszkania, w środowisku, korzystanie z środków lokomocji)  - z opieką  - z pomocą  - samodzielnie
- 7) Prowadzenie gospodarstwa domowego (dot. np. robienia zakupów, gotowania, sprzątania, opłacania rachunków)  - z opieką  - z pomocą  - samodzielnie
- 8)  - nie składałam/em uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności,
- 9)  - składałam/em wniosek w .....roku, w ..... (miejscowość), orzeczenie ważne do.....
- 10)  - mogę /  - nie mogę samodzielnie lub z pomocą osoby drugiej przybyć na posiedzenie składu orzekającego, **(jeżeli nie, to należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej, nie rokującej poprawy choroby).**
- 11) Aktualnie  toczy się /  nie toczy się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym, podać jakim (Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności, Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych).....
- 12)  - Nie pobieram /  - pobieram :  
 emeryturę  
 świadczenie rentowe (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 renta inwalidzka, policyjna renta inwalidzka, renta inwalidzka I grupy, renta inwalidzka II grupy, renta inwalidzka III grupy, inne (jakie?).....  
i zapoznałam/em się z art. 5a ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób, zgodnie z którym osoby posiadające ważne orzeczenie wydane przez organ rentowy mogą złożyć do zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności wnioski o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień, od którego nie przysługuje odwołanie.

**PRZYJMUJE DO WIADOMOŚCI, ŻE:**

- 13) Zgodnie z art. 10 kodeksu postępowania administracyjnego wnioskodawca ma możliwość czynnego udziału w każdym stadium postępowania w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. Przed wydaniem decyzji strona ma możliwość wglądu do całości dokumentacji dowodowej w swojej sprawie oraz możliwość wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań w dniu posiedzenia składu orzekającego.
- 14) Zgodnie z art. 33 kpa w przypadku ustalenia przez wnioskodawcę pełnomocnika, będącego osobą fizyczną posiadającą zdolność do czynności prawnych, pełnomocnictwo będzie udzielone na piśmie, w formie dokumentu elektronicznego i dołączone do akt w oryginale lub urzędowo poświadczonym odpisie lub zgłoszone do protokołu. Pełnomocnictwo w formie dokumentu elektronicznego powinno być opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym albo podpisem osobistym.
- 15) Zgodnie z art. 40 kpa w przypadku nie ustanowienia pełnomocnika wnioskodawca zamieszkały za granicą jest obowiązany wskazać w kraju pełnomocnika do doręczeń. W razie niewskazania pełnomocnika do doręczeń przeznaczone dla wnioskodawcy pisma pozostawia się w aktach sprawy ze skutkiem doręczenia.
- 16) Zgodnie z art. 233 Kodeksu karnego za złożenie fałszywego oświadczenia grozi kara pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.
- 17) Zgodnie z art. 270 Kodeksu karnego za podrabianie lub przerabianie dokumentu w celu użycia za autentyczny lub za użycie takiego dokumentu jako autentycznego grozi grzywna, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

- 18) W związku z wymogiem dołączenia do wniosku dokumentacji medycznej oraz w razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności dostarczenia dokumentacji, uzupełniającej złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza prowadzącego (§ 6 ust. 2, 3 i 5 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności), **jestem świadomy/a wymogu ponoszenia kosztów we własnym zakresie.**
- 19) Świadomy/a wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w powyższym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.
- 20) Zgodnie z art. 41 kpa zobowiązuję się powiadomić Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Sosnowcu o każdej zmianie mojego adresu do momentu zakończenia postępowania. W razie zaniedbania tego obowiązku jestem świadomy/a, że doręczone pisma pod podany przeze mnie we wniosku adres będą miały skutek prawny.

<p><b>DOTYCZY WYŁĄCZNIE osób do 18-go roku życia lub osób ubezwłasnowolnionych, w tym przypadku należy dołączyć postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego</b></p> <p>..... podpis przedstawiciela ustawowego</p>	<p>..... podpis osoby zainteresowanej</p>
--	---

## Dotyczy wniosków składanych za pośrednictwem Instytucji Pomocy Społecznej

Oświadczam, że wyrażam zgodę na złożenie wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności przez

.....  
.....  
Stwierdzenie własnoręcznego podpisu  
przez pracownika socjalnego

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

### Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych informujemy, że:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Sosnowcu przy ul. 3 Maja 33;
2. w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Sosnowcu wyznaczono inspektora ochrony danych, z którym może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, w siedzibie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sosnowcu przy ul. 3 Maja 33, pokój nr 312.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, na podstawie obowiązujących przepisów prawa, a także gdy przetwarzanie będzie niezbędne do wypełnienia obowiązków przez administratora w dziedzinie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej;
4. Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane następującym odbiorcom danych: podmiotom, z którymi PZON zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych;
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z jednolitego rzeczowego wykazu akt;
6. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, prawo ograniczenia przetwarzania danych osobowych na okres weryfikacji poprawności danych oraz prawo do usunięcia danych po zakończeniu okresu ich przetwarzania;
7. ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy o ochronie danych osobowych;
8. podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym wynikającym z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku;
9. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób całkowicie zautomatyzowany w tym również w formie profilowania oraz nie będą przekazane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

Potwierdzam zapoznanie się z informacją:

.....  
*data i podpis*

.....  
(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, 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 – 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 od 6 miesięcy do lat 8 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.

Miejscowość .....

Data .....

.....  
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia**  
**wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności <sup>1</sup>**  
(zaświadczenie lekarskie w całości wypełnia lekarz włącznie z danymi osobowymi pacjenta)

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Numer PESEL ..... Numer i seria dowodu osobistego .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja - rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta? TAK / NIE\*

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną (rok)? .....

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie (rok)? .....

Ww. Pan /Pani wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji - TAK / NIE\*.

W/w Pan / Pani **jest zdolny(a)** do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności.\*\*

W/w Pan / Pani **jest trwale niezdolny(a)** do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby.\*\*

.....  
podpis i pieczęć lekarza wystawiającego zaświadczenie

**UWAGA:**

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia jest ważne 30 dni od daty wystawienia.**

\*) *niepotrzebne skreślić*

\*\*) *odpowiednie zaznaczyć*

**1. Niewłaściwie wypełnione zaświadczenie lekarskie** (np. brak daty wystawienia, brak podpisu lekarza, brak pieczęci, nieautoryzowane poprawki na zaświadczeniu, pozostawienie rubryk bez wypełnienia) jest obarczone brakiem formalnym, co **uniemożliwia skuteczne wszczęcie postępowania** w sprawie orzekania o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności.