

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

Nr sprawy: .....  
(nadaje zespół)

**WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**  
(dotyczy osób powyżej 16 roku życia)

Wniosek składam\* (wybrać jedną z opcji):

- po raz pierwszy
- w związku z upływem ważności poprzedniego orzeczenia
- mimo ważności posiadanego orzeczenia, w związku ze zmianą w stanie zdrowia

IMIĘ I NAZWISKO : .....

DATA URODZENIA: \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_ \_ MIEJSCE URODZENIA: .....

PESEL: ..... SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI: .....

ADRES ZAMELDOWANIA NA POBYT STAŁY: .....

ADRES POBYTU (KORRESPONDENCYJNY): .....

TELEFON: .....

Dane przedstawiciela ustawowego (w przypadku wniosków osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych \*\*)

IMIĘ I NAZWISKO: .....

DATA URODZENIA: \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_ \_ MIEJSCE URODZENIA: .....

PESEL: ..... NAZWA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI: .....

ADRES ZAMIESZKANIA: .....

DO POWIATOWEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA  
O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI  
18 - 200 Wysokie Mazowieckie, ul. Mickiewicza 1

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

- 1  - ODPOWIEDNIEGO ZATRUDNIENIA
- 2  - SZKOLENIA
- 3  - UCZESTNICTWA W TERAPII ZAJĘCIOWEJ
- 4  - KONIECZNOŚCI ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE
- 5  - KORZYSTANIA Z SYSTEMU ŚRODOWISKOWEGO WSPARCIA W SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI (KORZYSTANIA Z USŁUG SOCJALNYCH, OPIEKUŃCZYCH, TERAPEUTYCZNYCH I REHABILITACYJNYCH)
- 6  - KORZYSTANIA Z KARTY PARKINGOWEJ
- 7  - KORZYSTANIA ZE ŚWIADCZEŃ POMOCY SPOŁECZNEJ
- 8  - UZYSKANIA ZASIŁKU PIELEGNACYJNEGO
- 9  - UZYSKANIA PRZEZ OPIEKUNA ŚWIADCZENIA PIELEGNACYJNEGO
- 10  - ZAMIESZKIWANIA W ODDZIELNYM POKOJU
- 11  - UZYSKANIA PRZEZ OPIEKUNA URLOPU WYCHOWAWCZEGO W DODATKOWYM WYMIARZE
- 12  - KORZYSTANIA Z INNYCH ULG (JAKICH?) .....

CEL PODSTAWOWY JEDEN Z WYŻEJ WYMIENIONYCH TO (proszę wpisać 1 - 12) .....

**UZASADNIENIE WNIOSKU:**

**1. SYTUACJA SPOŁECZNA:**

STAN CYWILNY: ..... STAN RODZINNY: .....  
(NP. PANNA, ZAMĘŻNA, WDOVA, ROZWIEDZONA, SEPAROWANA) (ILOŚĆ OSÓB NA WSPÓLNYM UTRZYMANIU)

**ZDOLNOŚĆ DO SAMODZIELNEGO FUNKCJONOWANIA: \***

WYKONYWANIE CZYNNOŚCI SAMOOBSŁUGOWYCH:  SAMODZIELNIE  Z POMOCĄ  OPIEKA

PORUSZANIE SIĘ:  SAMODZIELNIE  Z POMOCĄ  OPIEKA

PROWADZENIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO:  SAMODZIELNIE  Z POMOCĄ  OPIEKA

**2. KORZYSTANIE ZE SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO: \***  NIEZBĘDNE  WSKAZANE  ZBĘDNE

**3. SYTUACJA ZAWODOWA:**

WYKSZTAŁCENIE: ..... ZAWÓD WYUCZONY: .....

CZY AKTUALNIE WYKONUJE PRACĘ ZAROBKOWĄ:  TAK /  NIE, ZAWÓD WYKONYWANY: .....

**OŚWIADCZAM, ŻE: \***

1.  **POBIERAM** /  **NIE POBIERAM** ŚWIADCZENIA Z UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO:  
 EMERYTURĘ,  RENTĘ,  RENTĘ RODZINNĄ,  ŚWIADCZENIE REHABILITACYJNE OD KIEDY.....

2.  **SKŁADAŁEM** /  **NIE SKŁADAŁEM** UPREDNIO WNIOSKU O USTALENIE STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

JE ŻELI TAK, TO KIEDY: ..... Z JAKIM SKUTKIEM: .....

DATA WYDANIA OSTATNIEGO ORZECZENIA: ..... NUMER SPRAWY: .....

3. AKTUALNIE  **TOCZY SIĘ** /  **NIE TOCZY SIĘ** W MOJEJ SPRAWIE POSTĘPOWANIE PRZED INNYM ORGANEM ORZECZNICZYM, PODAĆ

JAKIM: .....

4.  **MOGĘ** /  **NIE MOGĘ** SAMODZIELNIE PRZYBYĆ NA POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJĄCEGO

*(Jeżeli nie, to należy załączyć ZAŚWIADCZENIE ze szczegółowym opisem stanu ogólnego i miejscowego, potwierdzające niemożność osobistego stawiennictwa na posiedzenie składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, oraz kserokopię kartoteki z wpisami z wizyt domowych).*

5. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem świadomy wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

#### **OŚWIADCZAM, ŻE ZOSTAŁEM POINFORMOWANY O TYM, ŻE:**

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wysokiem Mazowieckiem, 18-200, ul. Mickiewicza 1, kontakt [ado@pcprwysokiemazowieckie.pl](mailto:ado@pcprwysokiemazowieckie.pl) lub tel. 863067208
2. PCPR powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych, kontakt [iod@pcprwysokiemazowieckie.pl](mailto:iod@pcprwysokiemazowieckie.pl) lub pisemnie na adres urzędu.
3. Dane są przetwarzane w celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności.
4. Podstawą prawną przetwarzania jest dobrowolna zgoda osoby, której dane dotyczą oraz Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności.
5. Dane zostaną przekazane do Elektronicznego Krajowego Systemu Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności.
6. Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa lub przyznania świadczeń.
7. Dane będą przechowywane przez okres posiadania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
8. Przysługuje mi prawo dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, wycofania zgody w dowolnym momencie, przy czym nie wpływa to na wcześniejszą zgodność z prawem przetwarzania danych.
9. Przysługuje mi również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Dane nie są przekazywane do państw trzecich.
11. W PCPR nie jest stosowane zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie.

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

#### **UWAGA!**

**WYMIENIONE NIŻEJ DOKUMENTY NALEŻY OBOWIĄZKOWO ZŁOŻYĆ RAZEM Z WNIOSKIEM DO POWIATOWEGO ZESPOŁU W ZAŁĄCZENIU DO WNIOSKU PRZEDKŁADAM:**

1. ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA WYSTAWIONE PRZEZ LEKARZA LECZĄCEGO, WYPEŁNIONE CZYTELNIE WE WSZYSTKICH RUBRYKACH, **WYDANE W CIĄGU MIESIĄCA POPRZEDZAJĄCEGO ZŁOŻENIE WNIOSKU;**
2. **POSIADANĄ DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ;**
3. ORZECZENIE ORGANU RENTOWEGO (ZUS, KRUS, MSWiA, MON – jeżeli zostało wydane)
4. INNE DOKUMENTY, PODAĆ JAKIE: .....

#### **POUCZENIE:**

- > Jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczającą i został wyznaczony termin jej uzupełnienia, a wnioskodawca tego nie dopełnił, musi się liczyć z tym, że brak tych dokumentów spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania- § 6 ust. 5 rozporz. MGPIPSp. z 15 lipca 2003r.
- > Niestawienie się osoby zainteresowanej na wyznaczonym posiedzeniu składu orzekającego powoduje pozostawienie sprawy bez rozpoznania chyba, że niestawienie się zostało usprawiedliwione w ciągu 14 dni od wyznaczonego terminu posiedzenia.
- > Jeżeli Pan(i) posiada ważne orzeczenie Zespołu **i nie nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia dziecka** – nowy wniosek o ponowne orzekanie należy złożyć **nie wcześniej niż 30 dni przed utratą ważności posiadanego orzeczenia** – jeżeli wniosek będzie złożony wcześniej, **Zespół wyda decyzję po ukończeniu ważności posiadanego orzeczenia.**
- > Zobowiązuję się powiadomić Zespół prowadzący postępowanie o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania. W razie zaniedbania tego obowiązku doręczenie pism pod dotychczasowy adres ma skutek prawny (zgodnie z art. 41 kodeksu postępowania administracyjnego).

.....  
Podpis osoby zainteresowanej lub w przypadku osoby niepełnoletniej  
podpis matki lub ojca lub opiekuna prawnego<sup>1</sup>

\* właściwie zaznaczyć symbolem x w kratce

\*\* wypełniają tę rubrykę tylko te osoby, których to dotyczy

**Dotyczy wniosków składanych za pośrednictwem Instytucji Pomocy Społecznej**

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

przez .....

.....  
podpis pracownika socjalnego

.....  
podpis osoby zainteresowanej  
lub jej przedstawiciela ustawowego<sup>1</sup>

<sup>1</sup> podpis osoby zainteresowanej lub, jeśli nie posiada ona zdolności do czynności prawnych, jej przedstawiciela ustawowego  
(w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej należy dołączyć postanowienie sądu)

**UWAGA – ZESPÓŁ NIE WYKONUJE KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**