

Adnotacje urzędowe:

Znak sprawy: ZN.8321.2. ....

Pakiet archiwum: ...../...../.....

- sprawdzono z dokumentem potwierdzającym tożsamość: .....
- sprawdzono w bazie ogólnopolskiej systemu EKSMOoN: .....
- wprowadził do systemu EKSMOoN: .....

**WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI  
(dla osób powyżej 16 roku życia)  
WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

**Wnoszę o:**

**Wydanie orzeczenia po raz pierwszy** (dotyczy osoby nieubiegającej się dotychczas o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności)

**Ponowne wydanie orzeczenia - w związku z zaistniałą zmianą stanu zdrowia** (dotyczy osoby posiadającej ważne [ostateczne i prawomocne] orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, która ubiega się o jego zmianę [w trakcie ważności poprzedniego orzeczenia])

**Ponowne wydanie orzeczenia - w związku z upływem ważności poprzedniego orzeczenia** (dotyczy osoby, u której ważność poprzedniego orzeczenia upłynęła lub upłynie w ciągu najbliższych 30 dni)  
Orzeczenie zostało wydane przez ..... ważne do .....

**Ponowne wydanie orzeczenia - składałem/am uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności - brak stopnia niepełnosprawności** (dotyczy osoby ubiegającej się o wydanie orzeczenia, która otrzymała orzeczenie o niezaliczeniu do osób niepełnosprawnych)

**1. DANE OSOBOWE:**

Imię i nazwisko .....

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

Rodzaj, seria i nr dok. tożsamości .....

PESEL: ...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../..... Obywatelstwo.....

Adres miejsca zameldowania na pobyt stały<sup>1</sup>.....

.....

Adres miejsca pobytu<sup>2</sup>.....

.....

Adres korespondencyjny<sup>3</sup> (jeżeli inny).....

.....

telefon ..... e-mail: .....

<sup>1</sup> Pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania.

<sup>2</sup> Adres miejsca pobytu należy podać wyłącznie w przypadku osób:

(właściwą rubrykę zaznaczyć stawiając w polu  wyłącznie jeden znak: )

1)  bezdomnych

2)  przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad 2 miesiące ze względów rodzinnych lub zdrowotnych

3)  przebywających w zakładach karnych, okręgowych ośrodkach wychowawczych, zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich

4)  przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

<sup>3</sup> W przypadku zbieżności adresu korespondencyjnego z adresem miejsca stałego pobytu/pobytu należy wpisać skrót: „j.w.”

**2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO - wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca jest ubezwłasnowolniony lub niepełnoletni:**

Imię i nazwisko .....

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

Rodzaj, seria i nr dok. tożsamości .....

PESEL: ...../...../...../...../...../...../...../...../...../..... Obywatelstwo.....

Adres miejsca zameldowania na pobyt stały<sup>1</sup>.....

Adres miejsca pobytu<sup>2</sup>.....

Adres korespondencyjny<sup>3</sup> (jeżeli inny).....

telefon ..... e-mail: .....

**Do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności  
ul. Bobrecka 29, 43-400 Cieszyn**

**tel. 33 47 77 125 / 126, e-mail: pzoan@powiat.cieszyn.pl**

**Wnioskuje o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. odpowiedniego zatrudnienia  | <input type="checkbox"/> 7. uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego                                      |
| <input type="checkbox"/> 2. szkolenia   | <input type="checkbox"/> 8. uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego                   |
| <input type="checkbox"/> 3. uczestnictwa w terapii zajęciowej, zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej, | <input type="checkbox"/> 9. korzystanie z karty parkingowej  |
| <input type="checkbox"/> 4. konieczności zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze           | <input type="checkbox"/> 10. uzyskanie prawa do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju                 |
| <input type="checkbox"/> 5. korzystanie z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji          | <input type="checkbox"/> 11. korzystanie z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów |
| <input type="checkbox"/> 6. korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej  | <input type="checkbox"/> 12. inne.....   |
|   | .....  |
|   | .....  |

**Cel główny - podstawowy złożenia wniosku (należy podać jeden z w/w) nr .....**

**3. DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ:**

**Stan cywilny:** kawaler/panna\*, żonaty/zamężna\*, rozwiedziony/rozwiedziona\*, separowany/separowana\*, wdowiec/wdowa\*

**Ilość dzieci (w tym dorosłe):** .....

**Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:**

(wstawić znak „X” w odpowiedniej rubryce w danym wierszu)

	samodzielnie	z pomocą	opieka
<b>wykonywanie czynności samoobsługowych</b> (higiena osobista, spożywanie, przygotowanie posiłków, ubieranie się, itp.)			
<b>poruszanie się</b> (chodzenie, poruszanie się w domu i poza domem, itp.)			
<b>prowadzenie gospodarstwa domowego</b> (zakupy, sprzątanie, gotowanie, itp.)			

#### **4. DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI ZAWODOWEJ:**

**wykształcenie:** bez wykształcenia szkolnego, podstawowe, zasadnicze, średnie, wyższe\*

**zawód wyuczony:** .....

**czy aktualnie wykonuje pracę zarobkową:** TAK/NIE\*,

**zawód (obecnie) wykonywany:** .....

#### **5. OŚWIADCZENIA:**

1. Oświadczam, że **pobieram / nie pobieram\*** emeryturę/świadczenia rentowe:

Jeżeli tak to jakie: .....

2. Oświadczam, że **mogę / nie mogę\*** samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego. (Jeżeli nie - należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby).

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

4. Zobowiązuje się powiadomić PZOON w Cieszynie o każdej zmianie swojego adresu do momentu zakończenia postępowania - zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jedn. Dz. U. z 2021 r. poz. 735 dalej: k.p.a.). W razie zaniedbania tego obowiązku jestem świadomy/a, iż doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

**Oświadczam, że uprzedzony/a od odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (tj.: Dz. U. z 2021 r. poz. 2345) 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.**

.....  
Miejscowość i data

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

***UWAGA! W PRZYPADKU, GDY WNIOSKODAWCA NIE JEST W STANIE SIĘ PODPISAĆ ZE WZGLĘDU NA STAN ZDROWIA, NALEŻY UMIEŚCIĆ ODCISK KCIUKA a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis, albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać.***

**Do wniosku należy załączyć:**

1. **zaświadczenie lekarskie** o stanie zdrowia wydane dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności - wystawione przez lekarza prowadzącego nie wcześniej niż 30 dni przed złożeniem wniosku,
2. **kserokopie i oryginały do wglądu posiadanej dokumentacji medycznej** tj. kart informacyjnych z leczenia szpitalnego, sanatorium; posiadane aktualne wyniki badań specjalistycznych (opisy: TK, MR, RTG, USG, EKG, EEG; spirometrię, audiogram) lub uwierzytelnioną kserokopię ww. dokumentacji medycznej tzn. potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez organ lub podmiot, który dokument wytworzył,
3. **kserokopie kartotek lekarskich potwierdzonych przez lekarza lub pielęgniarkę lub inną osobę upoważnioną za zgodność z oryginałem pieczęcią poradni** (z ostatnich 2 – 3 lat leczenia) bądź kserokopie wraz z oryginałami kartotek do wglądu,

4. **kserokopie i oryginały aktualnych opinii:** psychologicznej, logopedycznej, itp. – jeśli osoba lub dziecko korzysta z pomocy ww. specjalistów,
5. **kserokopię i oryginał do wglądu poprzedniego orzeczenia o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności (jeśli było wydane w innym Zespole), orzeczenia ZUS/KRUS lub wyroku Sądu Pracy,**
6. **kserokopię wyroku sądu ustanawiającego opiekę prawną** (oryginał do wglądu) – w przypadku, gdy wnioskodawca jest częściowo lub całkowicie ubezwłasnowolniony.

- Zamiast oryginału dokumentu strona może złożyć odpis dokumentu, jeżeli jego zgodność z oryginałem została poświadczona przez notariusza albo występującego w jego sprawie pełnomocnika strony będącego adwokatem lub radcą prawnym.
- Dokumentacja medyczna, której oryginalność nie jest uwierzytelniona za zgodność z oryginałem, nie będzie brana pod uwagę przy rozpatrywaniu wniosku.

**UWAGA:** Zgodnie z § 15 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz.U. z 2021 r. poz. 857 z późn.zm.) **Osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności wydane na czas określony może wystąpić z wnioskiem o wydanie orzeczenia o ponowne ustalenie niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności, nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia, a załączona do wniosku dokumentacja medyczna powinna dotyczyć okresu od ostatniej komisji.**

<b>GODZINY PRZYJMOWANIA WNIOSKÓW:</b>		<b>DANE KONTAKTOWE:</b> <b>TEL.: 33 47 77 125, 33 47 77 126</b> <b>E-MAIL: pzoan@powiat.cieszyn.pl</b>
PONIEDZIAŁEK	09.00 – 15.00	
WTOREK	09.00 – 15.00	
ŚRODA	09.00 – 15.00	
CZWARTEK	10.00 – 16.30	
PIĄTEK	07.30 – 10.00	

#### **KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 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 (RODO) informujemy, że:

- 1) Współadministratorami Pani/Pana danych osobowych jest Starosta Cieszyński i Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Cieszynie przy ul. Bobreckiej 29.
  - a) Starosta Cieszyński - tel.: 33 47 77 156, adres e-mail: [sekretariat@powiat.cieszyn.pl](mailto:sekretariat@powiat.cieszyn.pl)
  - b) Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności – tel. 33 47 77 126, adres e-mail: [pzoan@powiat.cieszyn.pl](mailto:pzoan@powiat.cieszyn.pl)
- 2) W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych można także kontaktować się z wyznaczonym wspólnie przez współadministratorów Inspektorem Ochrony Danych – tel. 33 47 77 226, adres e-mail: [iod@powiat.cieszyn.pl](mailto:iod@powiat.cieszyn.pl)
- 3) Współadministratorzy mogą przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w celu wynikających z przepisów prawa dotyczących m.in.:
  - a) ubiegania się o wydanie orzeczeń o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności,
  - b) wydawania legitymacji osób niepełnosprawnych,
  - c) wydawania kart parkingowych,
  - d) archiwizacja posiadanych dokumentów oraz danych.
- 4) Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c, art. 9 ust. 2 lit. b RODO tj. wypełnienie obowiązków prawnych,
- 5) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty, które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane osobowe na zlecenie Współadministratorów,
- 6) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej,
- 7) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt 4, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji, o ile inne przepisy powszechnie obowiązujące nie stanowią inaczej,
- 8) Osoba, której dane dotyczą posiada prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania i żądania ograniczenia ich przetwarzania,
- 9) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO,
- 10) Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym wynikającym z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości prowadzenia sprawy,
- 11) Pani/Pana dane nie będą poddane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu,
- 12) Współadministratorzy uregulowali zasady współpracy w sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych w drodze porozumienia. Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności jako współadministrator ustala zakres danych osobowych niezbędnych do prawidłowej realizacji jego zadań ustawowych oraz przetwarza dane osobowe w celach z nimi związanych. Starosta Cieszyński określa i zapewnia fizyczne, techniczne i organizacyjne warunki przetwarzania danych osobowych oraz środki ochrony służące zapewnieniu im właściwego poziomu bezpieczeństwa. Starosta Cieszyński odpowiada także za realizację celów archiwalnych. Treść uzgodnień wynikających z porozumienia jest dostępna na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Starostwa Powiatowego w Cieszynie.