

Adnotacje urzędowe:

Znak sprawy: ZN.8321.2.

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

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

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

Wnoszę o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności:

po raz pierwszy (UWAGA: osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności [tj. osoba poniżej 16 roku życia] i występująca [po raz pierwszy] o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności [jako osoba powyżej 16 roku życia] może wystąpić do powiatowego zespołu z wnioskiem o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu ważności posiadanego orzeczenia.)

ponowne - 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 - w związku z upływem ważności poprzedniego orzeczenia (wniosek należy złożyć nie wcześniej niż 2 miesiące przed upływem ważności posiadanego orzeczenia) Orzeczenie zostało wydane przez ważne do

ponowne - 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 stały¹.....

.....

Adres miejsca pobytu².....

.....

Adres korespondencyjny³ (jeżeli inny).....

.....

telefon e-mail:

¹ Pobyt stały jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania.

² 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.

³ 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 ¹.....

Adres miejsca pobytu ².....

Adres korespondencyjny ³ (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"/> 8. korzystania ze świadczeń pomocy społecznej |
| <input type="checkbox"/> 2. szkolenia | <input type="checkbox"/> 9. uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego |
| <input type="checkbox"/> 3. zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej | <input type="checkbox"/> 10. uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego |
| <input type="checkbox"/> 4. uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej | <input type="checkbox"/> 11. uzyskania prawa do zamieszkania w oddzielnym pokoju |
| <input type="checkbox"/> 5. zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz techniczne ułatwiające funkcjonowanie | <input type="checkbox"/> 12. uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze |
| <input type="checkbox"/> 6. korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> 13. korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów, wymienić jakie:..... |
| <input type="checkbox"/> 7. spełniania przesłanek określonych w Prawie o ruchu drogowym (karta parkingowa) | |

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

3. DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ:

Stan cywilny: (właściwe podkreślić) 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
wykonywanie czynności samoobsługowych (higiena osobista, spożywanie, przygotowanie posiłków, ubieranie się, itp.)			
poruszanie się (chodzenie, poruszanie się w domu i poza domem, itp.)			
prowadzenie gospodarstwa domowego (zakupy, sprzątanie, gotowanie, itp.)			

4. DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI ZAWODOWEJ (właściwie podkreślić):

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

zawód wyuczony:

czy aktualnie wykonuje pracę zarobkową: TAK/NIE,

zawód (obecnie) wykonywany:

5. OŚWIADCZENIA (właściwie podkreślić):

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. 2024 poz. 572](#) z późn. zm.; 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 o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (tekst jednolity.: [Dz.U. 2024 poz. 17](#)) 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 pieczętką 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.

GODZINY PRZYJMOWANIA WNIOSKÓW:		DANE KONTAKTOWE: TEL.: 33 47 77 125, 33 47 77 126 E-MAIL: pzoorn@powiat.cieszyn.pl
PONIEDZIAŁEK	07:30 – 15:30	
WTOREK	07:30 – 15:30	
ŚRODA	07:30 – 15:30	
CZWARTEK	07:30 – 17:00	
PIĄTEK	NIECZYNNE	

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
 - b) Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności – tel. 33 47 77 126, adres e-mail: pzoorn@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. tel. 33 47 77 226, adres e-mail: iod@powiat.cieszyn.pl
- 3) Współadministratorzy mogą przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w celu wynikających z przepisów prawa dotyczących m.in.:
 - a) ubieganie 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 Prezes 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.