



Miejsce na adnotacje urzędowe

....., dnia ..... r.  
(miejscowość) (data)

**Do Powiatowego Zespołu  
do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności  
w Kędzierzynie-Koźlu**

**WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Na podstawie § 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r.  
w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 2027)

**Wniosek składam (właściwe zaznaczyć krzyżykiem):**

- Po raz pierwszy
- W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia (**nie wcześniej niż na 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia**)  
(na podstawie § 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności - t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 2027.)
- W związku ze zmianą stanu zdrowia  
(na podstawie § 15 ust. 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności - t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 2027.)
- Składałem wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności – brak niepełnosprawności
- W związku ze zmianą przepisów ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo u ruchu drogowym** (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 450)

**Dane dziecka (osoby do 16 roku życia):**

IMIĘ [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
NAZWISKO [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
Data urodzenia [ ][ ][ ]-[ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ] Miejsce urodzenia.....  
dzień – miesiąc – rok  
Numer PESEL [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Obywatelstwo\* .....

Nr dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość:

..... [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Adres zamieszkania .....

Adres pobytu .....

(wypełnić, jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

**Dane przedstawiciela ustawowego dziecka:**

IMIĘ [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
NAZWISKO [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
Data urodzenia [ ][ ][ ]-[ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ] Miejsce urodzenia.....  
dzień – miesiąc – rok  
Numer PESEL [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Obywatelstwo\* .....

Nr dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość:

..... [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Adres zamieszkania .....

Adres pobytu .....

(wypełnić jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

\*obywatelstwo w przypadku cudzoziemca nieposiadającego numeru PESEL

**Wniosek składam dla celów (najważniejszy cel zaznaczyć krzyżykiem):**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego                    | <input type="checkbox"/> Korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie innych przepisów |
| <input type="checkbox"/> Uzyskanie świadczenia pielęgnacyjnego                | <input type="checkbox"/> Inne (wymienić jakie): .....                                |
| <input type="checkbox"/> Zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju                   | .....  |
| <input type="checkbox"/> Uzyskanie urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze | .....  |

**Sytuacja społeczna i rodzinna dziecka (właściwe zaznaczyć krzyżykiem):**

• **Zdolność do samodzielnego funkcjonowania dziecka:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Porusza się samodzielnie         | <input type="checkbox"/> Porusza się z pomocą drugiej osoby |
| <input type="checkbox"/> Porusza się o kulach             | <input type="checkbox"/> Jest leżące                        |
| <input type="checkbox"/> Porusza się na wózku inwalidzkim |   |

• **Dziecko przyjmuje pokarmy:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Samodzielnie  | <input type="checkbox"/> Jest karmione przez drugą osobę |
| <input type="checkbox"/> Wymaga stosowania specjalnej diety (jakiej?): ..... | .....  |

• **Rodzaj ograniczenia innych czynności (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych)**

.....  
.....

• **Rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia**

.....  
.....

• **Rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno – leczniczych wykonywanych w ciągu  dnia  tygodnia**

miesiąca\*\* .....

• **Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:**

nie       tak, jakiego: .....

• **Dziecko uczęszcza do żłobka lub przedszkola:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ogólnodostępnego | <input type="checkbox"/> Integracyjnego |
| <input type="checkbox"/> Specjalnego      | <input type="checkbox"/> Nie dotyczy    |

• **Dziecko uczęszcza do szkoły:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ogólnodostępnej | <input type="checkbox"/> Integracyjnej |
| <input type="checkbox"/> Specjalnej      | <input type="checkbox"/> Nie dotyczy   |

**\*\* właściwe zaznaczyć krzyżykiem**

## Oświadczam, że:

- 1)\*\*  Dziecko **nie posiada** /  Dziecko **posiada** orzeczenie o niepełnosprawności wydane  
ważne do dnia .....
- 2)\*\*  Dziecko **może**/  Dziecko **nie może** przybyć na posiedzenie składu orzekającego  
**Jeżeli nie** - należy dołączyć do wniosku zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału  
w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej  
osobiste stawiennictwo
- 3)\*\*  Aktualnie toczy /  Nie toczy się w sprawie dziecka postępowanie przed sądem powszechnym  
w sprawie ustalenia niepełnosprawności
- 4) W razie stwierdzenia przez zespół ds. orzekania o niepełnosprawności konieczności uzupełnienia  
dokumentacji medycznej m.in. poprzez wykonanie: badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych,  
dostarczenie historii choroby z poradni specjalistycznych, **jestem świadomy ponoszenia kosztów ich  
wykonania we własnym zakresie.**
- 5) **Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu pobytu do momentu zakończenia  
postępowania w sprawie.**  
**Art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 256)**  
§ 1. W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej  
zmianie swojego adresu, w tym adresu elektronicznego.  
§ 2. W razie zaniebdania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.
- 6) **Dane zawarte we wniosku są prawdziwe.**
- 7) **Wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności jest  
autentyczna i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności  
dokumentów.**  
**Art. 270 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1444)**  
§ 1. Kto, w celu użycia za autentyczny, podrabia lub przerabia dokument lub takiego dokumentu jako autentycznego używa, podlega grzywnie,  
karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.  
§ 2. Tej samej karze podlega, kto wypełnia blankiet, opatrzony cudzym podpisem, niezgodnie z wolą podpisanego i na jego szkodę albo takiego  
dokumentu używa.  
§ 2a. W wypadku mniejszej wagi, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.  
§ 3. Kto czyni przygotowania do przestępstwa określonego w § 1, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do  
lat 2.
- 8) **Zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej (załącznik nr 2 do wniosku) dotyczącej przetwarzania  
danych osobowych w celu wydania orzeczenia o niepełnosprawności, w tym z informacją o celu  
i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz o przysługujących mi prawach.**

**\*\* właściwe zaznaczyć krzyżykiem**

.....  
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

## **UWAGA: Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności należy złożyć:**

- ✓ **Oryginał wniosku** (dokładnie wypełnić każdą rubrykę),
- ✓ **Oryginał zaświadczenia lekarskiego** (ważne 30 dni od daty wystawienia przez lekarza),
- ✓ **Uwierzytelnioną kserokopię dokumentacji medycznej, tzn. potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez organ lub podmiot, który dokument wytworzył lub kopię wraz z oryginałem do wglądu**, którą stanowią m.in.: karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych, opisy badań ekg, rtg, usg, TK, rezonansu magnetycznego, opinie psychologiczne (są ważne 2 lata), kartotekę z poradni prowadzącej oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności, a zwłaszcza okresu jej powstania;
- ✓ **Kserokopie poprzednich orzeczeń (oryginał do wglądu)** - jeśli były wydane:
  - zespołu ds orzekania o niepełnosprawności,
  - o niezdolności do pracy (ZUS),
  - o grupie (KIZ, KRUS, MON)

## Zgoda na przetwarzanie dodatkowych danych osobowych

Zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem 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 ustawą o ochronie danych osobowych, **wyrażam zgodę** na podanie mojego numeru telefonu w celu ułatwienia kontaktowania się Zespołu ze mną w sytuacjach, gdy jest to niezbędne.

Podanie numeru jest świadomie wyrażoną i dobrowolną zgodą.

Nr telefonu [ \_ [ \_ [ \_ [ \_ [ \_ [ \_ [ \_ [ \_ [ \_ ]

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

## INFORMACJA O WYDŁUŻENIU NA CZAS TRWANIA PANDEMII WAŻNOŚCI ORZECZEŃ WYDANYCH NA CZAS OKREŚLONY

Na mocy ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2020 r. poz. 1842, ze zm.) następuje **wydłużenie z mocy samego prawa orzeczeń wydanych na czas określony** na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, których ważność upływa w terminie od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy (tj. od dnia 8 marca 2020 r.).

**Orzeczenia te zachowują ważność do upływu 60-tego dnia od dnia odwołania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, jednak nie dłużej niż do dnia wydania nowego orzeczenia o niepełnosprawności albo orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.**

Prowadzenie postępowania orzeczniczego zmierzające do wydania orzeczenia o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności w związku z COVID-19 odbywa się w trybie zaocznym.

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

1) Administratorem Państwa danych osobowych jest **Przewodniczący Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą 47-220 Kędzierzyn-Koźle ul. Judyma 5**. Administrator jest to osoba lub podmiot, która decyduje co się będzie działo z Państwa danymi osobowymi.

2) Inspektorem Ochrony Danych jest **Krzysztof KSIEŃSKI, 47-220 Kędzierzyn-Koźle Plac Wolności 13, pokój nr 37**. W razie jakichkolwiek wątpliwości związanych z przetwarzaniem Państwa danych, proszę nie wahać się skontaktować z nim pod adresem: **k.ksieski@powiat.kedzierzyn-kozle.pl tel. 774052777** lub osobiście po uprzednim potwierdzeniu wizyty telefonicznie. Inspektor czuwa nad bezpieczeństwem Państwa danych osobowych w urzędzie.

3) Państwa dane osobowe przetwarzamy w celu realizacji określonych zadań (rejestr osób ubiegających się o wydanie karty parkingowej, rejestr osób którym wydawane są legitymacje osób niepełnosprawnych, rejestr osób ubiegających się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności, rejestr osób ubiegających się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności) i na takie zbieranie danych nie jest wymagana zgoda. Określa to art. 6 ust.1 pkt c. RODO. W przypadku PZON podstawą prawną przetwarzania danych osobowych są następujące akty prawne:

a. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;

b. Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r prawo o ruchu drogowym

W celu wydania dla Państwa potrzebnych dokumentów będziemy też przetwarzać szczególne kategorie danych osobowych (stan zdrowia). Możemy to robić na podstawie art.9 ust.2 pkt b, g RODO Możemy też poprosić Państwa o dodatkowe dane w celu ułatwienia kontaktu (np. numer telefonu, adres mailowy). Wówczas musimy od Państwa uzyskać dodatkową zgodę, którą w każdej chwili można wycofać. Określa to art.6 ust. 1 pkt a RODO.

4) Odbiorcami Państwa danych mogą być podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa ( np. NIK ) oraz podmioty z którymi zawarta jest umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych. W przypadku PZON została zawarta umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych z Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa

5) Nie przewidujemy aby Państwa dane osobowe przekazywać do państw trzecich ( czyli poza Unię Europejską i Europejski Obszar Gospodarczy)

6) Dane osobowe, które Państwo zostawili w naszym urzędzie muszą być przechowywane w archiwum. Jest to określone przepisami i okres przechowywania tych danych reguluje Jednolity Rzeczowy Wykaz Akt Organów Powiatu i Starostw Powiatowych

7) W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługują Państwu określone prawa:

a. prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo do uzyskania ich kopii art. 15 ust. 1 RODO

b. prawo do sprostowania danych (jeżeli Państwo uważają, że zebrane dane są nieprawidłowe) art. 16 RODO

c. prawo do usunięcia danych ( ale tylko w określonych przypadkach) art. 17 RODO

d. prawo do ograniczenia przetwarzania (też w ściśle określonych przypadkach) art. 18 RODO

8) W żaden sposób nie będziemy profilować Państwa danych osobowych

9) Nie będziemy w sposób zautomatyzowany podejmowali decyzji

10) Podanie przez Państwa danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa

11) Jeżeli macie Państwo wątpliwości co do przetwarzania danych osobowych przez nasz urząd przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa