

**Wniosek**  
**o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**  
 (dotyczy osób powyżej 16 roku życia)

Nr sprawy:

*Uwaga! Pola w rubrykach należy wypełnić czytelnie, pismem drukowanym, dużymi literami*

**DANE OSOBOWE OSOBY Z AINTERESOWANEJ:**

NAZWISKO															
IMIĘ 1															
IMIĘ 2															
PESEL															
PLEĆ	M	/	K												
				<i>Odpowiednio zaznaczyć</i>											
DATA URODZENIA											Wpisać cyframi: dzień/miesiąc/rok				
MIEJSCE URODZENIA															
OBYWATELSTWO															
SERIA I NR DOK.TOŻSAMOŚCI															
RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. dowód osobisty</li> <li>2. paszport</li> <li>3. prawo jazdy</li> <li>4. legitymacja szkolna</li> <li>5. odpis skrócony aktu urodzenia</li> </ol>														

**ADRES ZAMELDOWANIA OSOBY ZAINTERESOWANEJ**

MIEJSCOWOŚĆ														
ULICA, NR DOMU, LOKALU														
KOD POCZTOWY														
POCZTA														

**ADRES POBYTU OSOBY ZAINTERESOWANEJ (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania)**

MIEJSCOWOŚĆ														
ULICA, NR DOMU, LOKALU														
KOD POCZTOWY	-													
POCZTA:														
TELEFON KONTAKTOWY														

**ADRES DO KORESPONDENCJI (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania lub pobytu)**

MIEJSCOWOŚĆ														
ULICA, NR DOMU, LOKALU														
KOD POCZTOWY	-													
POCZTA														

**DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (w przypadku wniosków osób w wieku do 18 roku życia lub ubezwłasnowolnionych)**

NAZWISKO															
IMIĘ 1															
IMIĘ 2															
PLEĆ	M	/	K												
				<i>Odpowiednie zaznaczyć</i>											
PESEL															
DATA URODZENIA											Wpisać cyframi: dzień/miesiąc/rok				

MIEJSCE URODZENIA																				
OBYWATELSTWO																				
SERIA I NR DOK.TOŻSAMOŚCI																				
RODZAJ DOK. TOŻSAMOŚCI	1. dowód osobisty 2. paszport 3. prawo jazdy 4. legitymacja szkolna 5. odpis skrócony aktu urodzenia																			

**ADRES ZAMELDOWANIA/POBYTU PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO**

MIEJSCOWOŚĆ																				
ULICA, NR DOMU, LOKALU																				
KOD POCZTOWY					-															
POCZTA																				
TELEFON KONTAKTOWY																				
Adres e-mail																				

**ADRES DO KORESPONDENCJI PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO** (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania/pobytu)

MIEJSCOWOŚĆ																				
ULICA, NR DOMU, LOKALU																				
KOD POCZTOWY					-															
POCZTA																				

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

*X* Zaznaczyć

Cel podstawowy    Pozostałe cele:  
(tylko jeden)

<input type="checkbox"/>	Odpowiedniego zatrudniania
<input type="checkbox"/>	Szkolenia
<input type="checkbox"/>	Uczestnictwa w terapii zajęciowej (dotyczy osób w wieku aktywności zawodowej)
<input type="checkbox"/>	Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (np. aparat słuchowy, wózek inwalidzki)
<input type="checkbox"/>	Korzystania z systemów środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji
<input type="checkbox"/>	Korzystania z uprawnień na podstawie zapisu Prawa o ruchu drogowym <i>Karta parkingowa</i>
<input type="checkbox"/>	Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej
<input type="checkbox"/>	Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
<input type="checkbox"/>	Uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
<input type="checkbox"/>	Zamieszkania w oddzielnym pokoju
<input type="checkbox"/>	Uzyskania przez opiekuna urlopu wypoczynkowego w dodatkowym wymiarze
<input type="checkbox"/>	Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów

Inne - wymienić, jakich: np. korzystanie z rehabilitacji

**DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ:**

Zaznaczyć *X*

STAN CYWILNY	kawaler / panna	<input type="checkbox"/>
	żonaty / zamężna	<input type="checkbox"/>
	separowany / separowana	<input type="checkbox"/>
	wdowiec / wdowa	<input type="checkbox"/>
	rozwódziony / rozwódziona	<input type="checkbox"/>
WYKONYWANIE CZYNNOŚCI SAMOOSŁUGOWYCH	samodzielnie	<input type="checkbox"/>
	z pomocą	<input type="checkbox"/>
	opieka	<input type="checkbox"/>

<b>PORUSZANIE SIĘ</b>	<i>samodzielnie</i>	
	<i>z pomocą</i>	
	<i>opieka</i>	
<b>PROWADZENIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO</b>	<i>samodzielnie</i>	
	<i>z pomocą</i>	
	<i>opieka</i>	
<b>WYKSZTAŁCENIE</b>	<i>wyższe</i>	
	<i>średnie</i>	
	<i>zasadnicze</i>	
	<i>podstawowe</i>	
	<i>podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego</i>	
<b>ZAWÓD WYUCZONY</b>		
<b>CZY AKTUALNIE WYKONUJE PRACĘ?</b>		
<b>ZAWÓD WYKONYWANY</b>		

**OŚWIADCZENIA:**

*Zaznaczyć X*

<b>CZY POBIERA ŚWIADCZENIA RENTOWE</b>		
<b>NAZWA POBIERANEGO ŚWIADCZENIA RENTOWEGO</b>	<i>renta szkoleniowa</i>	
	<i>renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy</i>	
	<i>renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy</i>	
	<i>renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i do samodzielnej egzystencji</i>	
	<i>renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy</i>	
	<i>renta rolnicza szkoleniowa</i>	
	<i>wojskowa renta inwalidzka</i>	
	<i>policyjna renta inwalidzka</i>	
	<i>renta inwalidzka z powodu inwalidztwa I gr</i>	
	<i>renta inwalidzka z powodu inwalidztwa II gr</i>	
	<i>renta inwalidzka z powodu inwalidztwa III gr</i>	
	<b>CZY OSOBA BYŁA / JEST ZALICZONA DO STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b>	<i>była</i>
<i>jest</i>		

CZY ZE WZGLĘDU NA STAN ZDROWIA, ZAINTERESOWANY (A) POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJĄCEGO?	<b>może</b>	PRZYBYĆ NA	
	<i>Zaznaczyć X</i>		
CZY ZE WZGLĘDU NA STAN ZDROWIA, ZAINTERESOWANY (A) POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJĄCEGO?	<b>nie może</b>	PRZYBYĆ NA	
	<i>Zaznaczyć X</i>		

**OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM I PRAWNYM ORAZ JESTEM ŚWIADOMMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ A ZEZNANIE LUB ZATAJENIE PRAWDY.**

Wniosek składałem ze względu na:

<input type="checkbox"/>	Pierwszy wniosek
<input type="checkbox"/>	Zmiana stanu zdrowia w trakcie ważności dotychczasowego orzeczenia
<input type="checkbox"/>	Ponowne wydanie orzeczenia po upływie ważności orzeczenia dotychczasowego

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

.....  
(podpis z imienia i nazwiska osoby zainteresowanej)

## **INFORMACJE DODATKOWE**

1. Składając wniosek należy okazać **dokument potwierdzający tożsamość** osoby zainteresowanej, wymieniony we wniosku.
2. Do wniosku dołącza się **dokumentację medyczną** i inne dokumenty medyczne mogące mieć wpływ na ustalenie wskazań do ulg i uprawnień (*przyjmujemy wyłącznie kserokopie tych dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem przez placówkę służby zdrowia lub należy okazać oryginały przy składaniu wniosku*).
3. Jeśli wniosek składa opiekun prawny, to należy załączyć **postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego**.
4. Właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według miejsca pobytu w przypadku osób:
  - bezdomnych,
  - przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych,
  - przebywających w zakładach karnych i poprawczych,
  - przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.
5. Właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według miejsca stałego pobytu w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych.
6. „w toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej, o każdej zmianie swojego adresu. W razie zaniedbania tego obowiązku doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny” (art.41 k.p.a.).

## **ADNOTACJE URZĘDOWE**

--

### **Spis dokumentów medycznych załączonych do wniosku** (ułożyć według daty sporządzenia)

L.p.	Nazwa dokumentu medycznego	Data sporządzenia

Łowicz, dn. ....

.....

(podpis)

**Nie przyjmujemy oryginałów – wyłącznie kserokopie potwierdzone za zgodność.**

## Oświadczenie dotyczące danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz. Urz. UE L z 2016 r. Nr 119, s. 1) – dalej zwanego „Rozporządzeniem”:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych, o ile odrębne przepisy nie stanowią inaczej, jest **Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności** z siedzibą przy ul. Podrzecznej 30, 99-400 Łowicz;
- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym może się Pani/Pan skontaktować w sprawach związanych z ochroną danych osobowych poprzez-e-mail: [iod@powiatlowicki.pl](mailto:iod@powiatlowicki.pl) lub pisemnie na adres: Starostwo Powiatowe w Łowiczu, ul. Stanisławskiego 30, 99-400 Łowicz.
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji obowiązków wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. *o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* (Dz. U. z 2019 r. poz. 1172, z późn. zm.) oraz aktów wykonawczych do w/w ustawy w zakresie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności, orzekania o wskazaniach do ulg i uprawnień, wydawania legitymacji osoby niepełnosprawnej i karty parkingowej, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 pkt b Rozporządzenia;
- 4) podanie przez Panią/Pana danych osobowych ma charakter dobrowolny, ale jest niezbędne do realizacji celów, o których mowa powyżej; w przypadku, gdy podanie danych regulują przepisy prawa, ich podanie jest obowiązkowe;
- 5) Pani/Pana dane mogą być przekazywane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa oraz podmiotom, którym na podstawie umowy powierzono przetwarzanie danych osobowych;
- 6) dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich;
- 7) Pani/Pana dane będą przechowywane do momentu powzięcia informacji, że dana sprawa stała się bezprzedmiotowa;
- 8) posiada Pani/Pan prawo do:
  - a) dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii,
  - b) sprostowania (poprawiania) swoich danych,
  - c) ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
  - d) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Państwa dotyczących narusza przepisy Rozporządzenia;
- 9) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Oświadczam, iż powyższą informację przyjąłem/łam do wiadomości.

.....  
(data i podpis)