

**WNIOSEK**  
**w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**  
**(dla osób powyżej 16 roku życia)**

Nr sprawy .....

**Uwaga:**

**WSZYSTKIE PUNKTY FORMULARZA NALEŻY DOKŁADNIE WYPEŁNIĆ DUŻYMI, DRUKOWANYMI LITERAMI, KOLOREM NIEBIESKIM**

**Dane wnioskodawcy:**

Imię (imiona) i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Rodzaj dokumentu tożsamości ..... Nr i seria dokumentu .....

PESEL ..... Obywatelstwo .....

Adres miejsca zameldowania (stały, czasowy\*) .....

Adres miejsca pobytu (korespondencyjny z kodem pocztowym) .....

.....

Nr telefonu ..... Adres poczty elektronicznej (e-mail).....

**Dane przedstawiciela ustawowego - wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca jest ubezwłasnowolniony lub niepełnoletni**

Imię (imiona) i nazwisko .....

Rodzaj dokumentu tożsamości ..... Nr i seria dokumentu .....

PESEL ..... Obywatelstwo .....

Adres miejsca zameldowania (stały, czasowy\*) .....

Adres miejsca pobytu / korespondencyjny z kodem pocztowym\* .....

.....

**Do Powiatowego Zespołu do Spraw**  
**Orzekania o Niepełnosprawności**  
**ul. Jana Pawła II 17, 37-500 Jarosław**

Zwracam się z wnioskiem o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności:

*po raz pierwszy*

*ponownie:* - kontynuacja

- z powodu zmiany stanu zdrowia: poprawy  pogorszenia

(dotyczy wyłącznie wniosków wtórnych)

dla celów:

1.  odpowiedniego zatrudnienia;
2.  szkolenia;
3.  uczestnictwa w terapii zajęciowej;
4.  zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne;
5.  korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji;
6.  korzystania z ulg i uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym, ze względu na znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się - karta parkingowa;
7.  korzystania ze świadczeń pomocy społecznej;
8.  uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego;
9.  uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego;
10.  zamieszkiwanie w oddzielnym pokoju;
11.  uzyskanie przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze;
12.  korzystanie z ulgi i uprawnień na podstawie innych przepisów;
13.  inne, jakie: .....

**Cel główny złożenia wniosku (należy podać 1 z wyżej wymienionych) .....**

### Uzasadnienie wniosku:

1. Sytuacja społeczna: stan cywilny ....., stan rodzinny .....
2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:
  - 1) wykonywanie czynności samoobsługowych samodzielnie z pomocą z opieką\*
  - 2) poruszanie się w środowisku samodzielnie z pomocą z opieką\*
  - 3) prowadzenie gospodarstwa domowego samodzielnie z pomocą z opieką\*
3. Sytuacja zawodowa : wykształcenie ....., zawód .....  
obecne zatrudnienie.....
4. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego: niezbędne / wskazane / zbędne\* (jakiego?) .....

### Oświadczam, że:

1. Pobieram świadczenie / nie pobieram świadczenia\* z tytułu ubezpieczenia społecznego\*:
  - a) renta inwalidzka
  - b) renta rodzinna
  - c) emeryturaOd kiedy .....
2. Aktualnie toczy się / nie toczy się\* w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym (podać jakim) .....
3. Składałem/am / nie składałem/am uprzednio wniosek o ustalenie niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności; jeżeli tak, to kiedy .....  
jaki stopień .....
4. Składałem/am / nie składałem/am\* uprzednio wniosek o ustalenie grupy inwalidzkiej, orzeczenie niezdolności do pracy\* , jeżeli tak to kiedy .....  
z jakim skutkiem .....
5. Na posiedzenie składu orzekającego mogę przybyć:
  - a) samodzielnie\*
  - b) z opiekunem\*
  - c) nie mogę przybyć na posiedzenie składu orzekającego – **UWAGA: należy dołączyć zaświadczenie lekarskie ze szczegółowym opisem stanu zdrowia, potwierdzające niemożność osobistego stawiennictwa na posiedzenie składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, oraz kserokopię kartoteki z wpisami z wizyt domowych.**
6. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności dostarczenia dokumentacji medycznej uzupełniającej złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza prowadzącego, jestem świadomy/a wymogu ponoszenia kosztów we własnym zakresie.
7. Zobowiązuję się powiadomić Powiatowy Zespół do spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Jarosławiu o każdej zmianie mojego adresu do momentu zakończenia postępowania – zgodnie z art. 41 kodeksu postępowania administracyjnego.

8. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

### **Klauzula informacyjna**

**Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 4.05.2016, str. 1) dalej „RODO” informuję, że:**

1. Administratorem Pana/i danych osobowych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Jarosławiu reprezentowany przez Dyrektora.  
Dane kontaktowe Administratora: ul. Jana Pawła II 17, 37-500 Jarosław tel: 16 624-62-76, adres e-mail: [zon@zonjaroslaw.pl](mailto:zon@zonjaroslaw.pl)
2. W sprawach związanych z ochroną danych osobowych może się Pan/i kontaktować z wyznaczonym przez Administratora Inspektorem Ochrony Danych pod adresem siedziby Administratora, jak również pod **nr telefonu: 16 624-62-27** oraz adresem poczty elektronicznej: **iod@powiat.jaroslaw.pl**
3. Pana/i dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c,d oraz art. 9 ust. 2 lit. b, c, g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, w związku z art. 6 b i art. 6 d ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. *o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* w celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.
4. Pana/i dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcom innym niż organy publiczne, które mogą otrzymać te dane w ramach konkretnego postępowania, zgodnie z obowiązującym prawem.  
W zakresie funkcjonowania systemu EKSMOoN (Elektronicznego Krajowego Systemu Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności) odbiorcą Pana/i danych osobowych jest Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej – Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych, ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa.
5. Szczegółowe okresy przechowywania Pana/i danych osobowych wynikają z Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych z dnia 18 stycznia 2011 r., a także z innych przepisów powszechnie obowiązującego prawa. Pana/i dane osobowe przetwarzane są przez okres nie dłuższy niż 50 lat.
6. Posiada Pan/i prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia, jak również prawo do ograniczenia ich przetwarzania na warunkach określonych w art. 15-18 RODO.
7. Przysługuje Panu/i prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
8. Podanie przez Pana/ią danych jest wymagane przepisem prawa. W przypadku nie podania danych zawartych we wniosku zostanie wydane zawiadomienie o pozostawieniu wniosku bez rozpoznania.

.....  
podpis osoby zainteresowanej lub jej opiekuna prawnego

\* właściwe zakreślić