Nr wniosku ...../...../..... Nr sprawy ZON.8321. ..... . 2026.D	Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Legnicy Pl. Słowiański 1, 59-220 Legnica

Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

1. Wniosek składam *(wybrać jedną z opcji):*

□ po raz pierwszy,

□ w związku z wygaśnięciem terminu poprzedniego orzeczenia,

□ mimo ważności posiadanego orzeczenia, w związku ze zmianą stanu zdrowia,

Uwaga!
Osoby zainteresowane składające wniosek o przedłużenie posiadanego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności winny składać go ***nie wcześniej niż 2 miesiące przed upływem ważności posiadanego orzeczenia.***

2. Wniosek składam dla celów:*

□ odpowiedniego zatrudnienia,

□ szkolenia,

□ uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,

□ zatrudnienie w zakładzie aktywności zawodowej,

□ konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,

□ korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji *(ulgi socjalne,opiekuńcze, terapeutyczne i rehabilitacyjne),*

□ korzystania z karty parkingowej,

□ korzystania z systemu pomocy społecznej

□ uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,

□ uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,

□ zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,

□ świadczenie wspierające,

□ innych : uprawnienia na podstawie odrębnych przepisów: .....

3. Dane osoby zainteresowanej

Imię i nazwisko .....

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

Numer PESEL ..... Obywatelstwo .....

Adres zamieszkania .....

Nr i seria dokumentu tożsamości ..... Nr tel. kontaktowego .....

Adres do korespondencji *(jeśli jest inny niż adres zamieszkania)* .....

Dane przedstawiciela ustawowego niepełnoletniego dziecka lub opiekuna prawnego ustanowionego orzeczeniem sądu dla osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej:

Imię i nazwisko .....

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

Numer PESEL ..... Obywatelstwo .....

Adres zamieszkania .....

Nr i seria dokumentu tożsamości ..... Nr tel. kontaktowego .....

Adres do korespondencji *(jeśli jest inny niż adres zamieszkania)* .....

4. Uzasadnienie wniosku:

- stan cywilny: □ kawaler/panna, □ żonaty/mężatka, □ rozwiedziony/a, □ wdowiec/a

- zdolność do samodzielnego funkcjonowania :

- wykonywanie czynności samoobsługowych: □ samodzielnie □ z pomocą □ opieka*
- poruszanie się w środowisku : □ samodzielnie □ z pomocą □ opieka*
- prowadzenie gospodarstwa domowego: □ samodzielnie □ z pomocą □ opieka*

- korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego: □ nie, □ tak, z jakiego .....

- sytuacja zawodowa: - wykształcenie ..... zawód wyuczony .....

□ uczeń/student, □ emeryt/rencista, □ bezrobotny, □ aktywny zawodowo * obecnie wykonywany zawód .....

5. Oświadczam, że:

1/ □ nie pobieram □ pobieram świadczenie z ubezpieczenia społecznego:

□ emeryturę, □ świadczenie rehabilitacyjne, □ rentę socjalną, □ rentę rodzinną, □ rentę

2/ □ nie składałam/em □ składałam/em odwołanie* (kiedy) .....

3/ □ nie składałam/em □ składałam/em* uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności : gdzie i kiedy .....

4/ □ mogę □ nie mogę* samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego

(jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby).

6/ jestem świadoma/y, o konieczności uzupełnienia dokumentacji, i wymogu ponoszenia kosztów we własnym zakresie, w pisemnie wyznaczonym przez przewodniczącego Zespołu terminie, jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja będzie niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. **Nieuzupełnienie dokumentacji spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.**

7/ zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu i dokumentu tożsamości do momentu zakończenia postępowania orzeczniczego.

8/ uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego - „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8." **Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadoma/y odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

9/ upoważniam Panią / Pana ..... PESEL .....

do odbioru zaświadczenia (jeśli dotyczy) potwierdzającego złożenie wniosku, wydanego na podstawie art. 6bb ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2025 r. poz. 913)

.....

czytelny podpis (imię i nazwisko) wnioskodawcy lub opiekuna prawnego *

Do wniosku należy dołączyć : Obowiązkowo:

1/ oryginał ważnego zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia, wydanego na potrzeby Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności (ważne 3 miesiące od daty wystawienia przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej),

2/ ksero potwierdzonej za zgodność z oryginałem aktualnej dokumentacji medycznej umożliwiającą ustalenie stopnia niepełnosprawności i datę powstania niepełnosprawności (kserokopii dokumentacji tj. karty szpitalne karty informacyjne, opinie psychologiczne, wyniki testów i badań specjalistycznych, opis badań RTG, USG, TK, MR itp.- w zależności od schorzenia).

3/ kopie posiadanych orzeczeń (w tym: KRUS, ZUS, MON, KIZ - **oryginały do wglądu**).

W uzasadnionych okolicznościach:

1/ oświadczenie o miejscu pobytu stałego (w przypadku osób posiadających dokument tożsamości bez adresu zameldowania),

Uwaga! Do wniosku została załączona klauzula informacyjna RODO.

Wyjaśnienia: * podpis osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego, w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej należy dołączyć postanowienie sądu.

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej ....., dnia .....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia pacjenta wydane na potrzeby Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

(**Uwaga!** Zaświadczenie wypełnione przez lekarza ważne jest **3 miesiące** od daty wystawienia)

Imię i nazwisko pacjenta .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

.....

.....

.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego .....

.....

.....

.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów , choroby współistniejące .....

.....

.....

.....

4. Rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja .....

.....

.....

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie .....

.....

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia pacejnta (w załączeniu)

.....

.....

.....

.....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?
TAK / NIE *

Od kiedy pacjent posiada dokumentacje medyczną ? (rok) .....

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (rok) .....

W/w pacjent wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji
TAK / NIE*

Czy u w/w pacjenta nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia w okrsie od ostatniego badania do celów orzekania o stopniu niepełnosprawności **TAK /NIE***

Pacjent jest :*

a) zdolny do udziału w posiedzeniu składu orzekającego

b) trwale niezdolny(a) do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu ds orzekania o niepełnosprawności z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo - należy szczegółowo opisać stan ogólny i/lub miejscowy pacjenta i dołączyć dokumentację medyczną potwierdzającą powyższy stan.....

.....

.....

.....

.....

.....

UWAGA!

Rozpatrywanie sprawy bez konieczności stawienia się na posiedzenie składu orzekającego występuje jedynie w wyjątkowych przypadkach, jeżeli choroba jest długotrwała, nierokująca poprawy i powodująca całkowitą dysfunkcję fizyczną lub psychiczną osoby składającej wniosek oraz jeżeli lekarz przewodniczący składu orzekającego uzna, że dołączona dokumentacja jest w pełni wystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepłnosprawności

.....

pieczątks i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

*** właściwe zakreślić**

Zaświadczenie lekarskie powinno być wydane nie wcześniej 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku.

Do wniosku należy dołączyć posiadaną dokumentacje medyczą umożliwiającą ustalenie niepełnopsrawności i datę powstania niepełnosprawności (kserokopie potwierdzone za zgodność z orginałem)

Ocena pacjenta wg skali Barthel
wydana dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności

Imię i nazwisko pacjenta .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania Pesel ..... Nr i seria dowodu osobistego .....

L/p	Nazwa czynności	Wartość punktowa
1.	**Spożywanie posiłków** 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść, 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. 10 = samodzielny, niezależny.	
2.	**Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie)** 0 = nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siadaniu, 5 = większa pomoc (w jedną, dwie osoby, fizyczna), może siedzieć, 10 = mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna), 15 = samodzielny.	
3.	**Utrzymanie higieny osobistej** 0 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych, 5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami).	
4.	**Korzystanie z toalety (WC)** 0 = zależny, 5 = częściowo potrzebuje pomocy, 10 = niezależny (w zdejmowaniu, zakładaniu, ubieraniu części garderoby).	
5.	**Mycie, kąpiel całego ciała** 0 = zależny, 5 = niezależny.	
6.	**Poruszanie się (po powierzchniach płaskich)** 0 = nie porusza się lub <50 m, zależny na wózku, 5 = niezależny na wózku, 10 = spacery z pomocą jednej osoby >50m, 15 = niezależny (ale może potrzebować pomocy np. laski) >50m.	
7.	**Wchodzenie i schodzenie po schodach** 0 = nie jest samodzielny, 5 = potrzebuje pomocy (fizycznej, przenoszenia), 10 = samodzielny.	
8.	**Ubieranie i rozbieranie się.** 0 = zależny, 5 = potrzebuje pomocy, ale część czynności może wykonać bez pomocy 10 = niezależny (w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.)	
9.	**Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu** 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca (lub występuje konieczność wykonania lewatywy), 5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania stolca, 10 = kontroluje oddawanie stolca.	
10.	**Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego** 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany i przez to niesamodzielny, 5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania moczu, 10 = kontroluje oddawanie m	
	Wynik kwalifikacji	**pkt.**

.....
imienna pieczątka i podpis osoby uprawnionej

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)[1]

.....
(miejscowość i data)

.....
(nr PESEL)

OŚWIADCZENIE
o miejscu pobytu stałego

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności (Dz. U. z 2017 r., poz. 388), zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że moim miejscem pobytu stałego/ miejscem pobytu stałego dziecka/ miejscem pobytu stałego osoby w imieniu której składam wniosek[2] jest:

.....
(adres miejsca pobytu stałego)

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny (Dz. U. z 2017 r. poz.2204,z późn. zm.) - 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.

.....
(podpis)

[1]Osoba, której dotyczy wniosek o wydanie orzeczenia
[2]Nie potrzebne skreślić

KLAUZULA INFORMACYJNA

dla klientów Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Legnicy

Na podstawie 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)
Informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych Pani/Pana lub dziecka jest Przewodniczący Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Legnicy, plac Słowiański 1, 59-220 Legnica, tel.: 7672-43-516.

2. Kontakt z Inspektorem ochrony danych: tel.: 7672-43-429, e-mail: iod@powiat-legnicki.eu.

3. Pani/Pana lub dziecka dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji ustawowych zadań Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności to jest: rejestracji, analizy i załatwienia wpływających wniosków o ustalenie stopnia niepełnosprawności/ niepełnosprawności, wydania legitymacji osoby niepełnosprawnej i/lub karty parkingowej.

4. Dane osobowe Pani/Pana lub Pani/Pana dziecka będą przetwarzane zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. lub zgodnie z art. 9 ust.1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz: w przypadku ubiegania się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnoprawności na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

w przypadku ubiegania się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

w przypadku ubiegania się o wydania orzeczenia o wskazaniu do ulg i uprawnień na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

w przypadku ubiegania się o wydanie legitymacji osoby niepełnosprawnej na podstawie Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności,

w przypadku ubiegania się o wydania karty parkingowej na podstawie Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2014 r. w sprawie wzoru oraz trybu wydawania i zwrotu kart parkingowych.

5. Pani/Pana lub Pani/Pana dziecka dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcom innym niż organy publiczne, które otrzymują te dane w ramach konkretnego postępowania, zgodnie z obowiązującym prawem.

6. Okres przechowywania Pani/Pana lub Pani/Pana dziecka danych osobowych wynika 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. oraz Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

7. Posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej lub ich dalsze przetwarzanie, będące wynikiem złożonego wcześniej wniosku lub rozpoczęcia prowadzenia sprawy jest niezbędne z uwagi na przepisy szczegółowe. Tam, gdzie do przetwarzania danych osobowych konieczne jest wyrażenie zgody, zawsze ma Pan/Pani prawo nie wyrazić zgody, a w przypadku jej wcześniejszego wyrażenia, do cofnięcia zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na przetwarzanie Pani/Pana danych do momentu jej wycofania.

8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

9. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i warunkiem koniecznym do rozpatrzenia sprawy.