

....., dnia r.
(miejscowość) (data)

Wniosek składam (właściwe zaznaczyć krzyżykiem):

- ☐ Po raz pierwszy
- ☐ W związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia (**nie wcześniej niż 2 miesiące przed upływem ważności posiadanego orzeczenia**) (§ 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności - Dz.U. z 2021 r., poz. 857)
- ☐ W związku ze zmianą stanu zdrowia (§ 15 ust. 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności - Dz.U. z 2021 r., poz. 857)
- ☐ Składałem wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – brak stopnia niepełnosprawności
- ☐ W celu ustalenia czy istnieją znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Nr i seria dowodu osobistego PESEL [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Adres zameldowania

Adres pobytu

Adres do korespondenciji.....

Telefon kontaktowy [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Dane przedstawiciela ustawowego (wypełnić w przypadku, gdy osobą zainteresowaną jest: dziecko w wieku od 16 do 18 lat lub osoba ubezwłasnowolniona – należy potwierdzić ten fakt postanowieniem sądu):

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Nr i seria dowodu osobistego PESEL [[[[[[[[[]

Adres zameldowania

Adres do korespondencji

Telefon kontaktowy [[[[[[[[[[[[]

- ☐ szkolenia,
- ☐ odpowiedniego zatrudnienia,
- ☐ korzystania z rehabilitacji,
- ☐ korzystania z systemu pomocy społecznej,
- ☐ konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- ☐ uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
- ☐ korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji.
- ☐ korzystanie z ulg i uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 - Prawo o ruchu drogowym, ze względu na znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się,
- ☐ korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów (jakich?)
- ☐
- ☐ uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
- ☐ uzyskania prawa do zamieszkania w oddzielnym pokoju (dotyczy osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich oraz osób, których niepełnosprawność wymaga zamieszkiwania w oddzielnym pokoju)

1. sytuacja społeczna: stan cywilny....., stan rodzinny.....

zdolność do samodzielnego funkcjonowania:

- | | |
|---|---|
| - wykonywanie czynności samoobsługowych | samodzielnie/z pomocą/opieka (właściwe zakreślić) |
| - poruszanie się w środowisku | samodzielnie/z pomocą/opieka (właściwe zakreślić) |
| - prowadzenie gospodarstwa domowego | samodzielnie/z pomocą/opieka (właściwe zakreślić) |

2. korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego: niezbędne/wskazane/zbędne (właściwe zakreślić)

(jakiego?)

3. sytuacja zawodowa: wykształceniezawód.....

obecne zatrudnienie

Oświadczam że:

1. Pobieram/nie pobieram* świadczenie z ubezpieczenia społecznego: renta/emerytura,*
od kiedy?
2. Posiadam/nie posiadam* orzeczenie organu rentowego i zapoznałem się z możliwością skorzystania z uproszczonej procedury wynikającej z art. 5a ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2021 r., poz. 573), zgodnie z którym osoby posiadające ważne orzeczenie wydane przez organ rentowy mogą złożyć do zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności wnioski o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień, od którego nie przysługuje odwołanie.
3. Składałem(am)/nie składałem(am)* uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności, jeżeli tak, to kiedy z jakim skutkiem
4. Aktualnie toczy się/nie toczy się* w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznym lub sądem powszechnym w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności (podać jakim):
5. Mogę samodzielnie / mogę z pomocą / nie mogę* przybyć na posiedzenie składu orzekającego.
6. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza, **jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**
7. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, przewodniczący Zespołu zawiadamia na piśmie o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
8. **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 (Dz.U. z 2024r., poz. 572)
§ 1. W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swego adresu.
§ 2. W razie zaniedbania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.
9. **Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy**
Art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. z 2024 r., poz. 17 ze zm.)
§ 1. 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.
(...)
§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.
10. **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 (Dz. U. z 2024 r., poz. 17 ze zm.)
§ 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, zaopatrzony cudzym podpisem, niezgodnie z wolą podpisanego i na jego szkodę albo takiego dokumentu używa.
11. **Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych**
Zgodnie z art. 13 ust. 1-2 Rozporządzenia o ochronie danych(RODO) **informujemy, że:**

- Administratorem Państwa danych osobowych jest Przewodniczący Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Garwolinie ul. Mazowiecka 26, 08-400 Garwolin.
- W sprawie ochrony danych osobowych można skontaktować się z Inspektorem ochrony danych pod adresem e-mail: l.bogucka@garwolin-starostwo.pl lub w siedzibie Starostwa Powiatowego w Garwolinie, ul. Mazowiecka 26, 08-400 Garwolin, pokój nr 218 (II piętro).
- Państwa dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit c) RODO – w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz art. 9 ust. 2 lit b) RODO – w celu wypełnienia obowiązków i wykonania szczególnych praw przez administratora w dziedzinie zabezpieczenia społecznego.
- W przypadku realizacji zadań ustawowych podanie danych jest obowiązkowe.
- Państwa dane osobowe mogą być udostępnione organom administracji publicznej upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
- Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych, jak również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- Dane osobowe przechowujemy przez okres niezbędny do wykonania zadań administratora oraz realizacji obowiązku archiwizacyjnego, które wynikają z przepisów prawa.

***właściwe zaznaczyć**

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

Dotyczy wniosków składanych za pośrednictwem Instytucji Pomocy Społecznej

Oświadczam, że wyrażam zgodę na złożenie wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności przez

.....

.....

stwierdzenie własnoręcznego podpisu
przez pracownika socjalnego

.....

czytelny podpis osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego

UWAGA: Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności należy złożyć:

- ✓ Czytelnie podpisany oryginał powyższego wniosku (**dokładnie wypełnić każdą rubrykę**),
- ✓ Oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wydanego dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności (**dokument jest ważny przez 30 dni od daty wystawienia przez lekarza**),
- ✓ **Kserokopie, poświadczone za zgodność z oryginałem lub kserokopie wraz z oryginałami do wglądu**(przy składaniu wniosku), wszelkiej dokumentacji, potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności, np.: karty informacyjne z leczenia szpitalnego, historia choroby, badania specjalistyczne, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie,
- ✓ Kserokopie poprzednich orzeczeń (jeśli były).

