



**ADRES POBYTU PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO** (wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zameldowania)

UWAGA! TEN ADRES JEST TAKŻE ADRESEM DO DORECZEŃ KORESPONDENCJI

<b>MIEJSCOWOŚĆ</b>																				
<b>ULICA, NR DOMU, LOKALU</b>																				
<b>KOD POCZTOWY</b>				-																
<b>POCZTA</b>																				

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

Zaznaczyć X

<input type="checkbox"/>	uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
<input type="checkbox"/>	uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego
<input type="checkbox"/>	zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
<input type="checkbox"/>	korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów

inne – wymienić jakich:

**DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ DZIECKA:**

Zaznaczyć X

<b>DZIECKO UCZĘSZCZA:</b>	<input type="checkbox"/>	żłobek	<input type="checkbox"/>	szkoła integracyjna
	<input type="checkbox"/>	przedszkole ogólnodostępne	<input type="checkbox"/>	oddział integracyjny
	<input type="checkbox"/>	przedszkole integracyjne	<input type="checkbox"/>	szkoła specjalna
	<input type="checkbox"/>	przedszkole specjalne	<input type="checkbox"/>	oddział specjalny
	<input type="checkbox"/>	szkoła ogólnodostępna	<input type="checkbox"/>	szkoła specjalna z internatem
	<input type="checkbox"/>	szkoła ogólnodostępna z internatem	<input type="checkbox"/>	ośrodek szkolno-wychowawczy

**OŚWIADCZENIA:**

<b>CZY DZIECKO BYŁO/JEST ZALICZONE DO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ?</b>	<input type="checkbox"/>
Zaznaczyć X jeżeli było/jest	

<b>CZY DZIECKO BYŁO BADANE PRZEZ PSYCHOLOGA ?</b>	<input type="checkbox"/>
Zaznaczyć X jeżeli było	

<b>CZY ZE WZGLĘDU NA STAN ZDROWIA DZIECKO MOŻE PRZYBYĆ NA POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJĄCEGO?</b>	<input type="checkbox"/>	może
	<input type="checkbox"/>	nie może
Zaznaczyć X		

**WNIOSEK SKŁADAM ZE WZGLĘDU NA:**

Zaznaczyć X

<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 dotychczasowego
<input type="checkbox"/>	ponowne wydanie orzeczenia

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

JESTEM ŚWIADOMY, ŻE AKTA SPRAWY BĘDĄ PRZEKAZYWANE WOJEWÓDZKIEMU ZESPOŁOWI DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W ŁODZI I SĄDOM POWSZECHNYM W PRZYPADKU ODWOŁAŃ.

Pajęczno, dnia .....

.....  
(podpis z imienia i nazwiska przedstawiciela ustawowego)**INFORMACJE DODATKOWE:**

- składając wniosek należy okazać **dokument potwierdzający tożsamość** dziecka i osoby zainteresowanej, wymieniony we wniosku
- 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),
- jeżeli wniosek składa opiekun prawny, to należy załączyć **postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego**,
- właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca pobytu** w przypadku osób:
  - bezdolnych,
  - 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.
- właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca stałego pobytu** w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych.

**WYPEŁNIEĆ WYŁĄCZNIE PRZYPADKU OSÓB LEGITYMUJĄCYCH SIĘ DOWODEM OSOBISTYM,  
KTÓREGO WZÓR NIE ZAWIERA INFORMACJI O MIEJSCU ZAMIESZKANIA.**

.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)<sup>1</sup>

.....  
(miejscowość, 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* (t. j. Dz. U. z 2021 r., poz. 510 ze zm.), zgodnie z którym pobytym 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<sup>2</sup> 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* (t. j. Dz. U. z 2021 r. poz. 2345 ze 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)

<sup>1</sup> Osoba, której dotyczy wniosek o wydanie orzeczenia.

<sup>2</sup> Niepotrzebne skreślić.



**Uwaga! Zaświadczenie jest ważne przez okres 30 dni od daty wystawienia do daty złożenia.  
Zaświadczenie winno być wypełnione w całości (RÓWNIEŻ DANE OSOBOWE)  
WYŁĄCZNIE PRZEZ LEKARZA WYSTAWIAJĄCEGO.  
Brak pieczętek podmiotu wystawiającego lub/i podpisu lekarza, daty oraz PEŁNYCH  
danych osobowych pacjenta powoduje nieważność zaświadczenia.**

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Miejscowość:.....

Data:.....

***Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka***  
*wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności*

Imię i nazwisko dziecka: .....

Data i miejsce urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

.....

1. *Rozpoznanie choroby zasadniczej:*

2. *Przebieg schorzenia podstawowego:*

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

4. *Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:*

5. *Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualnie potrzeby w tym zakresie:*

6. *Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia dziecka (w załączeniu):*

7. *Czy dziecko z powodu stanu zdrowia jest trwale niezdolne do przybycia na posiedzenie składu orzekającego?*

jest zdolne do przybycia.

jest niezdolne do przybycia z uwagi na: .....

.....

**Uwaga: jeżeli dziecko (z powodu stanu zdrowia) jest trwale niezdolne do odbycia podróży należy ten fakt uzasadnić (w przypadku braku merytorycznego uzasadnienia dziecko zostanie wezwane na posiedzenie składu orzekającego).**

.....  
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie





## **Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych**

Zgodnie z art. 13, art. 26 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 (zwane dalej RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Przewodniczący Powiatowego Zespołu do spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Pajęcznie z siedzibą przy ul. Wiśniowej 26, 98-330 Pajęczno.
2. W sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych można skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Panem Wojciechem Tkaczyńskim, poprzez e-mail: [iodo@powiatpajeczno.pl](mailto:iodo@powiatpajeczno.pl), telefonicznie dzwoniąc pod nr tel. 34 3113120 lub pisemnie na adres Administratora.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań:
  - a) na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO (obowiązek wynikający z przepisów prawa);
  - b) rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności;
  - c) rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2014 r. w sprawie wzoru oraz trybu wydawania i zwrotu kart parkingowych;
  - d) ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
4. W uzasadnionych przypadkach, może Pani/Pan zostać poproszona o wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych, zgodnie z art. 6 ust.1 lit. a RODO.
5. W związku z przetwarzaniem w celu wskazanym powyżej odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie odpowiednie podmioty według właściwości postępowania na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
6. Dane osobowe będą przechowywane w okresie niezbędnym do spełnienia celu, dla którego zostały zebrane lub w okresie wskazanym przepisami prawa. Po spełnieniu celu, dla którego dane zostały zebrane, będą przechowywane w celach archiwalnych określonych przepisami prawa, zgodnie z zapisami Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
7. W związku z przetwarzaniem przez Administratora danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo do dostępu do treści swoich danych oraz z zastrzeżeniem przepisów prawa, prawo żądania ich: sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.
8. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania jest zgoda, ma Pan/Pani prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych do momentu jej wycofania.
9. W przypadku uznania, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do zrealizowania Pani/Pana wniosku. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości rozpatrzenia sprawy i realizacji wniesionego żądania.
11. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.



**POWIATOWY ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA  
o NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI w PAJĘCZNI**

**Dane kontaktowe:**

98-330 Pajęczno, ul. Wiśniowa 26  
tel. 34 390-72-53, kom. 662 083 411  
e-mail: pzon@powiatpajeczno.pl

---

**Do wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności (UWAGA! przy składaniu należy okazać dokumenty potwierdzające tożsamość wymienione we wniosku, a w przypadku dzieci w wieku szkolnym należy okazywać się dokumentem ze zdjęciem) załącza się:**

- ✓ zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka – wystawione przez lekarza leczącego (ważne jest 30 dni od daty wystawienia);
- ✓ dokumenty medyczne z przebiegu leczenia – możliwie szeroka, AKTUALNA dokumentacja medyczna odzwierciedlająca schorzenia, które wywołują ograniczenia funkcjonalne, tj. aktualne wyniki badań (istotne dla schorzenia), wypisy ze szpitala, karty zdrowia (historia choroby) itp. – kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem lub kserokopie i oryginały do wglądu,
- ✓ w przypadku astmy i schorzeń alergologicznych – zaświadczenie od alergologa o stopniu ciężkości schorzenia, testy alergiczne, spirometria, gazometria;
- ✓ w przypadku cukrzycy aktualne wyniki badań (nie starsze niż 3 miesiące);
- ✓ w przypadku epilepsji (padaczki) – EEG;
- ✓ w przypadku zaburzeń słuchu – audiogramy;
- ✓ w przypadku wady wzroku – dno oka, pole widzenia, ostrość wzroku;
- ✓ w przypadku upośledzenia umysłowego – aktualna opinia psychologiczna (ważna jest dwa lata), orzeczenia psychologiczne.

**UWAGA:**

**Nie przyjmujemy oryginałów dokumentów medycznych – wyłącznie kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem.**

**Kopię potwierdza placówka służby zdrowia lub pracownik zespołu po okazaniu oryginału dokumentu.**

**Dokumenty opatrzone wyłącznie podpisem elektronicznym, wydruki dokumentów elektronicznych również wymagają uwierzytelnienia – zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia (w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania) zgodność dokumentacji udostępnianej w formie wydruku potwierdza osoba upoważniona przez podmiot, który ją sporządził.**

**Uwierzytelnienie kserokopii za zgodność z oryginałem następuje poprzez przystawienie (na każdej stronie) przez osobę upoważnioną:**

1. pieczęci urzędowej „za zgodność z oryginałem”, a w przypadku wydruków komputerowych „za zgodność wydruku”,
2. oznaczenie daty oraz funkcji czy stanowiska i podpisanie (przez osobę upoważnioną),
3. pieczęci nagłówkowej organu.