



Data i miejsce urodzenia: .....

obywatelstwo: .....

Seria i numer dokumentu tożsamości: .....

rodzaj dokumentu tożsamości:  dowód osobisty,  paszport

Adres zameldowania/pobytu przedstawiciela ustawowego:

.....  
miejsowość , ulica, numer domu, numer lokalu

.....  
kod pocztowy , poczta , gmina

Adres do korespondencji (wypełnić, jeśli inny niż adres zameldowania/pobytu):

.....  
miejsowość , ulica, numer domu, numer lokalu

.....  
kod pocztowy , poczta , numer telefonu

.....  
adres email , adres skrzynki do doręczeń elektronicznych

**Posiadam ważne orzeczenie o:**

- całkowitej niezdolności do pracy oraz orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji,
- całkowitej niezdolności do pracy,
- częściowej niezdolności do pracy,
- celowości przekwalifikowania zawodowego,
- zaliczeniu do I grupy inwalidów,
- zaliczeniu do II grupy inwalidów,
- zaliczeniu do III grupy inwalidów,
- stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym.

**wydane przez:**

- lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
- komisję lekarską Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
- komisję do Spraw Inwalidztwa i Zatrudnienia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
- lekarza rzeczoznawcę Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego,
- komisję lekarską Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego ,
- komisję lekarską wojskową,
- komisję podległą MSWiA.

**wydane w dniu:** .....  na stałe,  na okres do .....

**Uzyskanie orzeczenia niezbędne jest w celu:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> odpowiedniego zatrudnienia,   | <input type="checkbox"/> uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,                                   |
| <input type="checkbox"/> szkolenia,  | <input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,                |
| <input type="checkbox"/> uczestnictwa w terapii zajęciowej,  | <input type="checkbox"/> zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,                                  |
| <input type="checkbox"/> konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,  | <input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze, |
| <input type="checkbox"/> korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, | <input type="checkbox"/> innych (jakich?) .....   |
| <input type="checkbox"/> korzystania z karty parkingowej,  | .....   |
| <input type="checkbox"/> korzystania ze świadczeń z pomocy społecznej,                             | .....   |

cel podstawowy (określić jeden z powyższych) : .....

**Dane dotyczące sytuacji społecznej i zawodowej:**

- stan cywilny:  kawaler/panna,  żonaty/zamężna,  wdowiec/wdowa,  rozwiedziony/rozwiedziona,  
 separowany/separowana

- zdolność do samodzielnego funkcjonowania

	samodzielnie	z pomocą	opiekun
wykonywanie czynności samoobsługowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
poruszanie się w środowisku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prowadzenie gospodarstwa domowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- wykształcenie:  podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego,  podstawowe,  
 zasadnicze,  średnie,  wyższe

- zawód wyuczony .....

- wykonuję pracę zarobkową:  TAK,  NIE

- zawód wykonywany .....

**Oświadczenia:**

1. **Przyjmuję do wiadomości, iż od orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień nie przysługuje odwołanie.**

2. Oświadczam, że **posiadam/nie posiadam\*** orzeczenie o **niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności\*** wydane przez **Powiatowy/Wojewódzki\*** Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w: .....

data wydania: .....

wynik komisji: .....

3. 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.**

4. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień, 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.

5. **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. 2024 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.

6. **Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

**Art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. 2024 poz. 17)**

§ 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 do lat 3.

§ 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.

7. **Wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie wydania orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień jest autentyczna i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów.**

**Art. 270 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. 2024 poz. 17)**

§ 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.

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

\* niewłaściwe skreślić

**KLAUZULA INFORMACYJNA**  
**dotycząca przetwarzania danych osobowych**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 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 04.05.2016 r.), dalej zwanego „RODO”, Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Płocku informuje, że:

- 1. Dane administratora**  
Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Płocku z siedzibą przy ul. Zgliczyńskiego 4.
- 2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych osobowych**  
Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym kontakt jest możliwy za pomocą poczty elektronicznej pod adresem: [iod@mopsplock.eu](mailto:iod@mopsplock.eu).
- 3. Cele przetwarzania i podstawa prawna**  
Pani/Pana dane będą przetwarzane ze względu na konieczność wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze w związku z realizacją przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r., poz. 573), a więc w celu wykonywania obowiązków prawnych – art. 6 ust. 1 lit. c RODO, art. 9 ust. 2 lit b RODO. Podstawę prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych stanowią przepisy ww. ustawy.
- 4. Zakres przetwarzanych danych osobowych**  
Zakres danych osobowych wynika z wypełnionego przez Panią/Pana wniosku oraz informacji przedłożonych w toku postępowania. Zakres ten znajduje odzwierciedlenie w odpowiednich przepisach ww. ustawy i jest niezbędny do jej wykonania.
- 5. Podmioty, którym dane mogą zostać udostępnione lub powierzone**  
Podmioty i organy, którym Administrator jest zobowiązany lub upoważniony udostępnić dane osobowe na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa (w szczególności: instytucje pomocy społecznej, organy nadrzędne, organy wymiaru sprawiedliwości, itp.). Podmioty upoważnione na podstawie odrębnych porozumień w zakresie wykonywania czynności zmierzających do realizacji celów wynikających z odrębnych umów z nimi zawartych (powierzenie).
- 6. Okres przechowywania danych**  
Dane osobowe będą przetwarzane nie dłużej niż do końca realizacji wskazanych powyżej celów przetwarzania, z zastrzeżeniem, że okres przechowywania danych osobowych może zostać każdorazowo przedłużony o okres przewidziany przepisami powszechnie obowiązującego prawa.
- 7. Prawa osób, których dane dotyczą**  
W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługuje Państwu prawo do:
  - a) dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii,
  - b) sprostowania (poprawienia swoich danych),
  - c) uzupełnienia swoich danych,
  - d) ograniczenia przetwarzania,
  - e) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
- 8. Informacje o wymogu podania danych**  
Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne do realizacji zadań Administratora wynikających z treści ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Ich niepodanie uniemożliwi przeprowadzenia postępowania.
- 9. Przekazanie danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej**  
Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazane poza Europejski Obszar Gospodarczy lub organizacji międzynarodowej.
- 10. Sposób przetwarzania**  
Pani/Pana dane osobowe mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.
- 11. Dodatkowa informacja**  
Informujemy również, że Administrator dokłada wszelkich starań, aby zapewnić niezbędne środki fizycznej, technicznej i organizacyjnej ochrony danych osobowych przed ich przypadkowym lub umyślnym zniszczeniem, przypadkową utratą, zmianą, nieuprawnionym ujawnieniem, wykorzystaniem czy dostępem, zgodnie ze wszystkimi obowiązującymi przepisami prawa.

---

**UWAGA:**

**Przy ubieganiu się o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień należy złożyć:**

- ✓ Czytelnie podpisany oryginał powyższego wniosku (**dokładnie wypełnić każdą rubrykę**).
- ✓ Kserokopię (**poświadczoną za zgodność z oryginałem**) orzeczenia o inwalidztwie lub niezdolności do pracy wydanego przez właściwy organ rentowy.
- ✓ Kserokopie (**poświadczone za zgodność z oryginałem**) wszelkiej dokumentacji, potwierdzającej niepełnosprawność i mogącej mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności, np.: karty informacyjne z leczenia szpitalnego, historie choroby, badania specjalistyczne, opinie, konsultacje i zaświadczenia lekarskie. /kserokopia dokumentacji medycznej poświadczona za zgodność z oryginałem powinna zawierać: oznaczenie organu (pieczęć nagłówkowa), pieczęć urzędową „za zgodność z oryginałem”, czytelny podpis osoby upoważnionej do jej poświadczenia lub skrócony podpis (parafka) w przypadku postawienia pieczęci imiennej z pełnioną funkcją lub stanowiskiem przez upoważnionego pracownika/