





- 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 (t.j. Dz. U. 2020 poz. 256)**

§ 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 (t.j. Dz. U. 2020 poz. 1444)**

§ 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 (t.j. Dz. U. 2020 poz. 1444)**

§ 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

## Dotyczy wniosków składanych za pośrednictwem Instytucji Pomocy Społecznej

Oświadczam, że wyrażam zgodę na złożenie wniosku w sprawie wydania orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień przez .....

.....  
*stwierdzenie własnoręcznego podpisu  
przez pracownika socjalnego*

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

---

### 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/

Proszę o zaznaczenie właściwej opcji poprzez postawienie znaku „x” w kratce obok.

PZO. ....

**Ankieta do wniosku o wydanie orzeczenia dotycząca funkcjonowania osoby orzekanej dla potrzeb Powiatowego Zespołu ds Orzekania o Niepełnosprawności w Płocku**  
(dotyczy osób powyżej 16 roku życia)

Imię i nazwisko osoby zainteresowanej .....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego .....

(wypełnić, gdy wnioskodawcą jest dziecko w wieku 16-18 lat lub osoba ubezwłasnowolniona)

**CZĘŚĆ I**  
**Sytuacja społeczna osoby orzekanej**

1. Zdolność do samoobsługi:

czy wymaga Pan/Pani pomocy w utrzymaniu higieny osobistej \_\_\_\_\_  TAK  NIE

jeśli TAK, proszę wymienić ograniczenia .....

.....

czy wymaga Pan/Pani pomocy w ubieraniu i rozbieraniu się \_\_\_\_\_  TAK  NIE

jeśli TAK, proszę wymienić ograniczenia .....

.....

czy wymaga Pan/Pani pomocy w spożywaniu posiłków \_\_\_\_\_  TAK  NIE

jeśli TAK, proszę wymienić ograniczenia .....

.....

2. Zdolność do poruszania się:

czy jest Pan/Pani w stanie poruszać się samodzielnie \_\_\_\_\_  TAK  NIE

czy porusza się Pan/Pani z pomocą innej osoby \_\_\_\_\_  TAK  NIE

czy korzysta Pan/Pani ze sprzętu ortopedycznego \_\_\_\_\_  TAK  NIE

jeśli TAK, jaki to sprzęt .....

3. Zdolność do widzenia:

pełna  ograniczona  osoba niewidoma

jeśli ograniczona, w jakim zakresie .....

.....

4. Czy ma Pan/Pani problemy z pamięcią \_\_\_\_\_  TAK  NIE

5. Czy ma Pan/Pani problem ze skupieniem uwagi \_\_\_\_\_  TAK  NIE

6. Czy chętnie przebywa Pan/Pani w towarzystwie innych osób \_\_\_\_\_  TAK  NIE

7. Zdolność prowadzenia gospodarstwa domowego:

sprzątanie \_\_\_\_\_  samodzielnie  z pomocą

robienie zakupów \_\_\_\_\_  samodzielnie  z pomocą

gotowanie \_\_\_\_\_  samodzielnie  z pomocą

inne .....

8. Sytuacja materialna:

Źródło utrzymania:

wynagrodzenie za pracę

osoba bezrobotna

emerytura/renta

inne (jakie) .....

Czy korzysta Pan/Pani z pomocy MOPS lub GOPS \_\_\_\_\_  TAK  NIE

9. Warunki mieszkaniowe:

liczba izb .....

liczba osób wspólnie zamieszkujących .....

sposób ogrzewania .....

bieżąca woda \_\_\_\_\_  TAK  NIE

## CZEŚĆ II

### Sytuacja zawodowa osoby orzekanej

(wypełniają osoby w wieku 18 - 65 lat)

1. Wykształcenie (posiadane wykształcenie należy podać według poziomu szkoły ukończonej):

mniej niż podstawowe

zasadnicze zawodowe

wyższe zawodowe /licencjat/

podstawowe

średnie /LO/

wyższe

gimnazjalne

średnie /technikum/

2. Inne wykształcenie (w tym kontynuacja nauki):

.....  
.....  
.....

3. Uzyskany zawód:

.....  
.....  
.....

4. Szkolenia i kursy (w tym zdobyte uprawnienia, staże/praktyki):

.....  
.....  
.....

5. Znajomość obsługi komputera: \_\_\_\_\_  TAK  NIE

6. Prawo jazdy: \_\_\_\_\_  TAK  NIE

jeśli TAK, jaka kategoria .....

7. Znajomość języków obcych: \_\_\_\_\_  TAK  NIE

8. Poziom znajomości języków obcych (wymienić jakie języki na jakim poziomie):

.....  
.....  
.....

9. Ogólny staż pracy (w latach): .....

10. Wykonywane zawody:

.....  
.....  
.....  
.....

11. Aktualnie wykonywana praca (stanowisko pracy, wykonywane czynności, obsługiwane urządzenia):

.....  
.....  
.....

12. Przyczyna i czas zaprzestania ostatniego zatrudnienia:

- stan zdrowia  umowa na czas określony  
 redukcja etatów  inne

13. Nabyte umiejętności zawodowe (w tym umiejętności obsługi maszyn i urządzeń):

.....  
.....  
.....

14. Plany zawodowe oraz motywacja osoby do podjęcia/kontynuowania zatrudnienia:

.....  
.....  
.....

15. Sugestie dotyczące potrzeby przekwalifikowania:

.....  
.....  
.....

Podpis .....



## KLAUZULA INFORMACYJNA

### o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Płocku

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 zwanego Rozporządzeniem, Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Płocku informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Płocku z siedzibą przy ul. Zgliczyńskiego 4, tel. 24 364 02 59, e-mail: sekretariat@mopsplock.eu;
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować pod nr telefonu 24 364 02 14;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1172) w celu realizacji obowiązków z niej wynikających;
4. Wszelkie dane osobowe pozyskane przez Administratora przetwarzane są w formie papierowej i elektronicznej;
5. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa, a także podmioty, którym na podstawie zawartej umowy powierzono przetwarzanie danych osobowych;
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat w przypadku orzekania i 5 lat w przypadku wydawania legitymacji i kart parkingowych, zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Płocku oraz zgodnie z przepisami ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 533 z późn. zm.).
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem wynikającym z przepisów ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
9. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania;
10. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania;
11. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną

.....  
data i podpis wnioskodawcy