

Łomża, dnia ..... 20.....r.

PZON.8421.1. .... 20.....r.

**WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI  
(dla osób powyżej 16 roku życia)**

**Wniosek składam** (właściwe zaznaczyć X)

- Po raz pierwszy  
 Ponownie (nie wcześniej niż 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia)  
 W związku ze zmianą stanu zdrowia

**Dane osoby zainteresowanej:**

Imię/imiona i nazwisko .....  
PESEL .....  
Data i miejsce urodzenia .....  
Obywatelstwo.....  
Seria i nr dok. tożsamości.....  
Adres zameldowania (stały).....  
Adres pobytu.....  
Adres do korespondencji:.....  
Telefon kontaktowy.....

**Dane przedstawiciela ustawowego w przypadku osób w wieku do 18 roku życia lub całkowicie ubezwłasnowolnionych – należy dołączyć dokument potwierdzający sprawowanie opieki prawnej nad osobą całkowicie ubezwłasnowolnioną**

Imię/imiona i nazwisko .....  
PESEL .....  
Data i miejsce urodzenia .....  
Obywatelstwo.....  
Seria i nr dok. tożsamości.....  
Adres zameldowania (stały).....  
Adres pobytu.....  
Adres do korespondencji:.....  
Telefon kontaktowy.....

**Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów (właściwe zaznaczyć kółkiem, można wskazać więcej niż jeden):**

1. Odpowiedniego zatrudnienia.
2. Szkolenia, w tym specjalistycznego.
3. Uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej.
4. Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.
5. Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji.
6. Korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ustawy z 20.06.1997 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz.U.2022, poz. 988, ze zm.) – karta parkingowa.
7. Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej.
8. Uzyskanie zasiłku pielęgnacyjnego.
9. Uzyskanie przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego.
10. Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju.
11. Uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze.
12. Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów.  
(jakich?).....

**Cel podstawowy to:** Nr ..... (najważniejszy cel, jeden z zaznaczonych powyżej).

## Uzasadnienie wniosku :

1. Sytuacja społeczna (właściwe podkreślić):

- stan cywilny: **kawaler\*/panna\***, **żonaty\*/mężatka\***, **wdowiec\*/wdowa\***, **rozwidziony\*/rozwidziona\***, **separowany\*/separowana\***;
- stan rodzinny (ilość dzieci, w tym dorosłe)..... .

2. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania(właściwe podkreślić):

- wykonywanie czynności samoobsługowych: **samodzielnie\*** / **z pomocą\*** / **z opieką\***
- poruszanie się w środowisku: **samodzielnie\*** / **z pomocą\*** / **z opieką\***
- prowadzenie gospodarstwa domowego: **samodzielnie\*** / **z pomocą\*** / **z opieką\***

3. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego :

(jakiego?).....

4. Sytuacja zawodowa:

- wykształcenie: **niepełne podstawowe, podstawowe, gimnazjalne, zasadnicze zawodowe, zasadnicze branżowe, średnie, średnie branżowe, wyższe\***
- zawód wyuczony: .....
- obecne zatrudnienie:.....
- zawód wykonywany/stanowisko:.....

## Oświadczam, że:

1. **pobieram\* /nie pobieram\*** renty z tytułu niezdolności do pracy;
2. aktualnie **toczy się\* / nie toczy się\*** w mojej sprawie postępowanie związane z ustaleniem stopnia niepełnosprawności przed innymi organami;
3. **zobowiązuje się powiadomić zespół o każdej zmianie adresu do momentu zakończenia postępowania w sprawie.** W razie zaniedbania tego obowiązku doręczenie pism pod dotychczasowych adres ma skutek prawny;
4. **dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajanie prawdy;**
5. **załączona przeze mnie dokumentacja medyczna (kserokopie potwierdzone za zgodność oryginałem, bądź kopie i oryginały - do wglądu) potwierdzające stan zdrowia opisany w Zaświadczeniu Lekarskim jest autentyczna i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów.**

\* właściwe podkreślić

.....  
Czytelny podpis osoby zainteresowanej lub w przypadku osoby niepełnoletniej podpis przedstawiciela ustawowego, a w przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej podpis opiekuna prawnego

## WAŻNE !

Do WNIOSKU należy dołączyć:

1. **Oryginał ZAŚWIADCZENIA LEKARSKIEGO** o stanie zdrowia zawierający opis stanu zdrowia, rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących (zaświadczenie ważne jest 30 dni).
2. **Uwierzytelnione kserokopie lub kopie i oryginały do wglądu DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ.**
3. **Kserokopie i oryginały do wglądu poprzednich orzeczeń o niepełnosprawności.**

**Dokumentację medyczną stanowią:** historie chorób z poradni specjalistycznych i podstawowej opieki zdrowotnej, karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań specjalistycznych (np.: badanie wzroku - dno oka, pole widzenia; badanie słuchu - Audiogram; rezonans magnetyczny - MRI, tomografia komputerowa - TK, prześwietlenie - RTG), aktualne wyniki testów psychologicznych oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na rozpatrzenie sprawy, np. opinie, orzeczenia.

## Klauzula informacyjna o ochronie danych osobowych

**Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Łomży** spełniając obowiązek informacyjny towarzyszący zbieraniu danych osobowych - art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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), informuje że:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest **Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Łomży** reprezentowany przez **Przewodniczącego** z siedzibą w: **ul. Wojska Polskiego 25, 18-400 Łomża, e-mail: [wydzial.pzon@um.lomza.pl](mailto:wydzial.pzon@um.lomza.pl), tel. 86 216 64 56.**
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych w PZON w Łomży, email [a.kondraciuk@um.lomza.pl](mailto:a.kondraciuk@um.lomza.pl) tel. 86 215 67 33.
3. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia procedury związanej z orzekaniem o stopniu niepełnosprawności, o wskazaniach do ulg i uprawnień, bądź na podstawie art. 6b ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t.j.Dz.U. z 2023r. poz. 100) oraz § 2 pkt. 1-3 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003r. (Dz. U. z 2021r., poz. 857) w sprawie orzekania niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności oraz na podstawie art. 6 ust 1 pkt. a, c, d, e Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych.
4. *Administrator danych nie planuje przekazywać danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy, organizacji międzynarodowej, lub do państwa trzeciego.*
5. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres 50 lat.
6. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych, oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych.
7. Ma Pan/Pani prawo do wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania, a w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych do jej wycofania. Skorzystanie z prawa cofnięcia zgody nie ma wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce do momentu wycofania zgody.
8. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pana/Pani narusza przepisy RODO;
9. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem wszczęcia postępowania w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, lub prawa do ulg i uprawnień, wydania legitymacji osoby niepełnosprawnej bądź karty parkingowej. **Jest Pan/Pani zobowiązany/zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wszczęcia postępowania.**
10. Pan/Pani dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

Zgodnie z art. 6 ust.1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r., zapoznałem/am się z treścią Klauzuli i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Łomży z siedzibą ul. Wojska Polskiego 25, 18-400 Łomża, e-mail: [wydzial.pzon@um.lomza.pl](mailto:wydzial.pzon@um.lomza.pl), reprezentowany przez Przewodniczącego PZON, wyłącznie dla potrzeb komunikacji i ubiegania się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, legitymacji osoby niepełnosprawnej lub karty parkingowej.

## INFORMACJA

### O PRZEDŁUŻENIU WAŻNOŚCI ORZECZEŃ I KART PARKINGOWYCH

W związku z wejściem w życie przepisów Ustawy z dnia 9 marca 2023 roku o zmianie ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów oraz niektórych innych ustaw (Dz. U z 2023r. poz. 852), informujemy o terminach obowiązywania ważności orzeczeń wydanych w latach 2020 – 2023.

**Orzeczenia, których okres ważności upłynąłby:**

- **do dnia 31 grudnia 2020 r. – zachowują ważność do dnia 31 grudnia 2023 r.,**
- **w okresie od dnia 1 stycznia 2021 r. do dnia 31 grudnia 2021 r. – zachowują ważność do dnia 31 marca 2024 r.,**
- **w okresie od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 5 sierpnia 2023r. – zachowują ważność do dnia 30 września 2024 r.**

Wszystkie orzeczenia o niepełnosprawności zachowają swoją ważność nie dłużej, niż do dnia wydania nowego ostatecznego orzeczenia o niepełnosprawności albo orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

**W tych samych terminach co orzeczenia, ważność utracą także karty parkingowe dla osób indywidualnych.**

**Bez względu na okres ważności karty parkingowe dla placówek będą ważne do 31 marca 2024 roku.**