

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Wypełnia urząd:                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Nr sprawy .....                      |
| Sprawdzono z dokumentem potwierdzającym tożsamość <input type="checkbox"/><br>Sprawdzono w bazie ogólnopolskiej systemu EKSMOoN <input type="checkbox"/><br>Wprowadzono do systemu EKSMOoN <input type="checkbox"/><br>Przedłożono oryginały dokumentacji medycznej (do wglądu) <input type="checkbox"/><br>Uwagi ..... | Pieczęć organu z datą wpływu wniosku |

## WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- dla osób powyżej 16 roku życia

Wnoszę o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (proszę wstawić JEDEN „x” w odpowiednie miejsce):

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Po raz pierwszy (dotyczy osób nieubiegających się dotychczas o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| Po raz kolejny (dotyczy osób posiadających w przeszłości orzeczenie, którego ważność upłynęła)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| W związku ze zmianą stanu zdrowia (dotyczy osób posiadających ważne [ostateczne i prawomocne] orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, ubiegających się o jego zmianę)                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| Celem kontynuacji dotychczasowego orzeczenia (dotyczy osób, u których ważność orzeczenia upłynie w ciągu najbliższych 30 dni)                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| Celem ustalenia wskazania do karty parkingowej stanowiącego podstawę do ubiegania się o wydanie karty parkingowej na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 roku – Prawo o ruchu drogowym (dotyczy osób posiadających orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane do dnia 30.06.2014 r., które utraciły wynikające z tej decyzji dotychczas posiadane prawo do otrzymania karty parkingowej) |  |

### DANE OSOBY ZAINTERESOWANEJ

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: ..... Miejsce urodzenia: ..... Obywatelstwo:<sup>1</sup> .....

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:<sup>2</sup> ..... PESEL: .....

Osoby do 18 roku życia - nr skróconego odpisu aktu urodzenia: .....

Adres zameldowania: (na pobyt stały)<sup>3</sup> .....

Adres pobytu: (wypełnić w przypadku braku zameldowania na pobyt stały)<sup>4</sup> .....

Adres korespondencji: .....

Telefon kontaktowy: ..... e-mail:<sup>5</sup> .....

Zwracam się wnioskiem o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów:

(proszę wstawić „x” w odpowiednie miejsce)

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> odpowiedniego zatrudnienia,<br>2. <input type="checkbox"/> szkolenia,<br>3. <input type="checkbox"/> uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,<br>4. <input type="checkbox"/> zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz techniczne ułatwiające funkcjonowanie,<br>5. <input type="checkbox"/> korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,<br>6. <input type="checkbox"/> spełniania przesłanek określonych w Prawie o ruchu drogowym (karta parkingowa),<br>7. <input type="checkbox"/> korzystania ze świadczeń pomocy społecznej, | 8. <input type="checkbox"/> uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,<br>9. <input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego,<br>10. <input type="checkbox"/> uzyskania prawa do zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,<br>11. <input type="checkbox"/> uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,<br>12. <input type="checkbox"/> korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów,<br>13. <input type="checkbox"/> innych (wymienić jakich) ..... |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Cel podstawowy (wyłącznie jeden z wyżej wymienionych): cel nr (1 do 13) .....

# DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ I ZAWODOWEJ OSOBY ZAINTERESOWANEJ

Sytuacja społeczna i zawodowa:

1) Stan cywilny (proszę wstawić „x” w odpowiednie miejsce):

☐ żonaty

☐ zamężna

☐ rozwiedziony

☐ rozwiedziona

☐ w separacji

☐ w separacji

☐ wdowiec

☐ wdowa

☐ kawaler

☐ panna

2) Wykształcenie (proszę wstawić „x” w odpowiednie miejsce):

☐ bez wykształcenia szkolnego

☐ podstawowe

☐ zasadnicze

☐ średnie

☐ wyższe

3) Zawód wyuczony ..... 4) Zawód obecnie wykonywany .....

5) Miejsce pracy (nazwa zakładu) .....

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania (proszę wstawić „x” w odpowiednie miejsce):

6) Wykonywanie czynności samoobsługowych

☐ z opieką

☐ z pomocą

☐ samodzielnie

7) Poruszanie się w środowisku

☐ z opieką

☐ z pomocą

☐ samodzielnie

8) Prowadzenie gospodarstwa domowego

☐ z opieką

☐ z pomocą

☐ samodzielnie

## DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO LUB OPIEKUNA PRAWNEGO

(wypełnić w przypadku osób między 16 a 18 rokiem życia lub w przypadku, gdy osoba zainteresowana nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych [ubezważnowolnienie częściowe lub całkowite])

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: ..... Miejsce urodzenia: ..... Obywatelstwo: <sup>1</sup> .....

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: <sup>2</sup> ..... PESEL: .....

Adres zameldowania: (na pobyt stały) <sup>3</sup> .....

Adres pobytu: (wypełnić w przypadku braku zameldowania na pobyt stały) <sup>4</sup> .....

Adres korespondencji: .....

Telefon kontaktowy: ..... e-mail: <sup>5</sup> .....

Oświadczam, że (proszę wstawić „x” w odpowiednie miejsce):

1. ☐ nie składałam/em ☐ składałam/em wniosku o wydanie orzeczenia w ..... roku;

2. ☐ pobieram ☐ nie pobieram ☐ świadczenia rentowe ☐ emeryturę

3. ze względu na stan zdrowia:

☐ jestem zdolna/y do odbycia podróży celem stawienia się na posiedzenie sądu orzekającego

☐ nie jestem zdolna/y do odbycia podróży celem stawienia się na posiedzenie sądu orzekającego;

4. jestem świadoma/y, że jeżeli przedłożona do wniosku dokumentacja medyczna okaże się niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, przewodnicząca Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Poznaniu zawiadamia o konieczności jej uzupełnienia z pouczeniem, że niedostarczenie dokumentacji w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.

5. Zobowiązuję się powiadomić Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Poznaniu o każdej zmianie mojego adresu do momentu zakończenia postępowania, zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego. W razie zaniedbania tego obowiązku – jestem świadoma/y, iż doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

6. Zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Poznaniu i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych zgodnie z przeznaczeniem i procedurą opisaną w informacji (strona 4 wniosku).

DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ

6

Podpis osoby zainteresowanej  
i/lub przedstawiciela ustawowego

## Instrukcja wypełnienia wniosku

### ü Przypisy:

- <sup>1</sup> Konieczność podania obywatelstwa dotyczy wyłącznie cudzoziemców, nieposiadających numeru PESEL.
- <sup>2</sup> Dokumentami potwierdzającymi tożsamość są dowód osobisty lub paszport.
- <sup>3</sup> Pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania.
- <sup>4</sup> Adres pobytu należy podać wyłącznie w przypadku osób:
  - bezdomnych,
  - 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.
- <sup>5</sup> Podanie numeru telefonu/adresu e-mail jest dobrowolne i służy wyłącznie do ewentualnego kontaktu Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Poznaniu z osobą zainteresowaną (lub jej przedstawicielem) do celów związanych z prowadzonym postępowaniem w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, natomiast brak ich podania skutkuje ograniczeniem form komunikacji.
- <sup>6</sup> W przypadku niemożności złożenia podpisu osoba niemogąca pisać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis.

### ü Do wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności należy dołączyć następujące dokumenty:

1. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia zawierające opis stanu zdrowia, rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących wydane przez lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba zainteresowana, wydane nie wcześniej niż na 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku;
2. Dokumentację medyczną (np. karty leczenia szpitalnego, wyniki badań, konsultacji specjalistycznych, historie choroby) w formie wyciągów, odpisów, kopii lub wydruków – uwierzytelnionych za zgodność z oryginałem lub oryginałów – do wglądu. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta;
3. Inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności (np. orzeczenia z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej, organów rentowych);
4. Informację zawodowo-socjalną.

### ü W przypadku złożenia wniosku przez opiekuna prawnego należy przedstawić dokument potwierdzający fakt jego ustanowienia.

### ü W przypadku reprezentowania strony przez pełnomocnika należy dołączyć akt pełnomocnictwa do reprezentowania strony (oryginał lub urzędowo poświadczony odpis).

## Zasady wizyty w Powiatowym Zespole:

- a) klienci obsługiwani są po pobraniu biletu z systemu kolejkowego (możliwa jest rezerwacja internetowa);
- b) bez pobrania biletu w punkcie informacji można uzyskać niezbędne formularze;
- c) bilety na załatwienie sprawy w danym dniu bez wcześniejszej rezerwacji internetowej wydawane są w ograniczonej ilości;
- d) po wyczerpaniu dziennego limitu biletów bez wcześniejszej rezerwacji internetowej system kolejkowy wydaje wyłącznie bilety klientom posiadającym rezerwację internetową (ostatni klient posiadający bilet zostaje przyjęty 10 minut przed zakończeniem obsługi klienta);
- e) każdy bilet z systemu kolejkowego jest wzywany do obsługi trzy razy, jeżeli klient nie podejdzie do stanowiska obsługi, pobrany bilet zostaje anulowany, a w celu realizacji wizyty należy pobrać nowy bilet.
- f) Godziny i miejsce przyjmowania wniosków:  
*Słowackiego 8, 60-823 Poznań, pok. 022, parter, poniedziałek: 7.30-16.30, wtorek-piątek: 7.30-14.30*
- g) Informacja telefoniczna: *poniedziałek – piątek, w godz. 7.30-14.30: 61 8410 704, 61 8410 705, 61 8410 706*

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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) informuję, iż:

1. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa Współadministratorami Pana/Pani danych osobowych jest:
  - a) Starosta Poznański z siedzibą przy ul. Jackowskiego 18, 60-509 Poznań, e-mail: [starostwo@powiat.poznan.pl](mailto:starostwo@powiat.poznan.pl)
  - b) Przewodnicząca Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności, którego siedziba mieści się przy ul. Słowackiego 8, 60-822 Poznań, e-mail: [orzekanie@powiat.poznan.pl](mailto:orzekanie@powiat.poznan.pl)
2. Wyznaczono wspólnego inspektora ochrony danych osobowych, z którym można kontaktować się poprzez e-mail: [iod@powiat.poznan.pl](mailto:iod@powiat.poznan.pl) lub pisemnie na adres: Starostwo Powiatowe w Poznaniu ul. Jackowskiego 18, 60-509 Poznań.
3. Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu realizacji ustawowych zadań urzędu - na podstawie art. 6 ust. 1 lit c i e oraz art. 9 ust. 2 lit. c i g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych oraz zgodnie z ustawą z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym i z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
4. Dane po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania przepisów dotyczących archiwizowania danych przez Administratora.
5. Ma Pan/Pani prawo do żądania od Administratora:
  - a) dostępu do swoich danych osobowych,
  - b) sprostowania danych, które są nieprawidłowe,
  - c) usunięcia danych, gdy:
    - dane nie są już niezbędne do celów, dla których zostały zebrane,
    - dane przetwarzane są niezgodnie z prawem,
  - d) ograniczenia przetwarzania, gdy:
    - osoby te kwestionują prawidłowość danych,
    - przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych,
    - Administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
6. Ma Pan/Pani prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie (00-193) ul. Stawki 2.
7. Podanie danych osobowych nie jest wymogiem ustawowym, jednakże ich niepodanie może wpłynąć na odmowę podjęcia działań, przebieg lub wynik prowadzonej sprawy.
8. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu.
9. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.