

**Wniosek o wydanie orzeczenia  
o stopniu niepełnosprawności  
dla osoby powyżej 16-go roku życia**

Znak sprawy ON.8321.2.....2025

(wypełnia urząd)

.....  
**Data wpływu wniosku** (wypełnia urząd)

**PRZECZYTAJ ZANIM WYPEŁNISZ - do wniosku należy obowiązkowo dołączyć:**

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia wydane na potrzeb powiatowego zespołu (oryginał).
2. Dokumentację medyczną ułożoną chronologicznie, potwierdzającą rozpoznanie choroby zasadniczej opisanej w zaświadczeniu o stanie zdrowia - oryginały lub uwierzytelnione z oryginałem odpisy; istnieje możliwość przedłożenia oryginałów i kserokopii, które zespół uwierzytelni dla swoich potrzeb.

Wniosek składam (należy zaznaczyć znakiem „X” wyłącznie jeden tryb wszczęcia sprawy):

- po raz pierwszy;
- po raz kolejny – wniosek o ponowne orzeczenie można złożyć **nie wcześniej niż 2 miesiące** przed utratą ważności;
- W przypadku osoby, która kończy 16-ty rok życia wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności można złożyć **nie wcześniej niż 3 miesiące** przed upływem terminu ważności kończącego się orzeczenia;
- w związku ze zmianą stanu zdrowia - dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie, które chcą uzyskać np. wyższy stopień lub kolejną przyczynę niepełnosprawności;
- w związku z utratą prawa do karty parkingowej - dotyczy tylko osób z ważnym orzeczeniem wydanym przed 1.07.14 r., które straciły prawo do karty parkingowej. **W tym wypadku konieczne jest podpisanie oświadczenia na odwrocie.**

Dane osoby orzekanej (prosimy wypełniać DRUKOWANYMI literami):

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia ..... Miejsce urodzenia .....

Obywatelstwo ..... Nr PESEL /.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../

Dokument tożsamości (dowód lub paszport): seria /... /... / ... / numer /... /... /... /... /... /... /... /

Osoby do 18-go roku życia - nr aktu urodzenia: .....

ADRES ZAMELDOWANIA .....

Adres stałego pobytu – oświadczam, że od dnia ..... przebywam poza miejscem zameldowania, pod adresem: .....

Adres do korespondencji .....

Nr telefonu, na który można przekazać wiadomość SMS o terminie komisji .....

**Dane przedstawiciela ustawowego** - wypełnić tylko w przypadku wniosku niepełnoletniego dziecka lub osoby ubezwłasnowolnionej - fakt ubezwłasnowolnienia należy obowiązkowo potwierdzić postanowieniem sądu.

W przypadku wniosków osób małoletnich umieszczonych w pieczy zastępczej, dołączyć postanowienie sądu, z którego będzie wynikać, że osoba sprawująca pieczę ma prawo do składania wniosku o wydanie orzeczenia.

Imię i nazwisko ..... Nr PESEL /.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../

Dokument tożsamości (dowód lub paszport): seria /... /... / ... / numer /... /... /... /... /... /... /... /

ADRES ZAMELDOWANIA .....

Adres do korespondencji .....

Nr telefonu, na który można przekazać informację o terminie komisji .....

**Zwracam się do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Nowej Soli**  
o wydanie orzeczenia dla celów (należy zaznaczyć znakiem „X” **jeden** główny cel uzyskania orzeczenia):

<input type="checkbox"/>	odpowiedniego zatrudnienia
<input type="checkbox"/>	uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej
<input type="checkbox"/>	zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
<input type="checkbox"/>	korzystania z systemu środowiskowego

<input type="checkbox"/>	wsparcia
<input type="checkbox"/>	ubiegania się o zasiłek pielęgnacyjny
<input type="checkbox"/>	uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
<input type="checkbox"/>	wydania karty parkingowej
<input type="checkbox"/>	korzystania z innych ulg i uprawnień, jakich:

**Dane z obszaru społeczno-zawodowego (dotyczące osoby orzekanej):**

1. Stan cywilny ..... 2. Wykształcenie .....
3. Zdolność do samodzielnego funkcjonowania (właściwie zaznaczyć znakiem „X”):
- wykonywanie czynności samoobsługowych:     samodzielnie /     z pomocą /     pod opieką
  - poruszanie się     samodzielnie /     z pomocą /     pod opieką
  - prowadzenie gospodarstwa domowego         samodzielnie /     z pomocą /     pod opieką
4. Aktualnie wykonuję pracę zarobkową:     TAK                     NIE
5. Zawód: wyuczony ....., wykonywany .....
5. Pobieram świadczenie rentowe:     TAK     NIE    Rodzaj świadczenia .....

**Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym na dzień składania wniosku i jestem świadomy/a, że za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy grozi odpowiedzialność karna.
2. Ponadto oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych i możliwości ich poprawiania.
3. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja medyczna uznana zostanie za niewystarczającą do wydania orzeczenia, przewodniczący zespołu zawiadania osobę zainteresowaną o konieczności jej uzupełnienia w wyznaczonym terminie (ewentualne koszty dostarczenia dokumentacji ponosi strona postępowania).

.....  
**podpis wnioskodawcy \***

\* - podpis osoby orzekanej - a jeżeli nie posiada ona zdolności do czynności prawnych - jej przedstawiciela ustawowego. W przypadku osób częściowo lub całkowicie ubezwłasnowolnionych należy dołączyć oryginał lub uwierzytelnioną kopię decyzji sądowej w tej sprawie. **Uwaga!** Wniosek osoby częściowo ubezwłasnowolnionej podpisują wspólnie: osoba zainteresowana oraz jej opiekun prawny.

Osoba nie mogąca pisać, lecz mogąca czytać może złożyć oświadczenie woli w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając również swój podpis z adnotacją, że odcisk został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

W przypadku składania wniosku przez ośrodek pomocy społecznej dokument podpisuje kierownik ośrodka, a do wniosku należy dołączyć oświadczenie osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego na reprezentowanie przez Ośrodek.

**Oświadczenie dla osób składających wniosek wyłącznie z tytułu ponownego ustalenia prawa do karty parkingowej:**

Oświadczam, iż niniejszy wniosek o wydanie orzeczenia składam w celu ponownego ustalenia wskazania do karty parkingowej stanowiącego podstawę do ubiegania się o wydanie karty parkingowej na podstawie art. 8 ust. 3a pkt. 1 i 2 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym (t.j. Dz. U. z 2024 poz. 834)

Data i podpis wnioskodawcy .....

**W przypadku osób zniedołężniałych lub mających problemy ze skontaktowaniem się z urzędem istnieje możliwość wyznaczenia pełnomocnika, do którego zespół będzie kierował wszelką korespondencję. W tym celu OSOBA ORZEKANA powinna wypełnić i podpisać niniejsze upoważnienie:**

*Ja, niżej podpisany/a, upoważniam Pana/ią .....  
do odbierania od powiatowego zespołu wszelkiej korespondencji w mojej sprawie i proszę o kierowanie jej na poniższy adres:*

.....

.....  
Podpis osoby udzielającej pełnomocnictwa

**KLAUZULA INFORMACYJNA RODO:**

Administratorem Danych osobowych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności reprezentowany przez przewodniczącego Zespołu. Dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w celu wypełniania obowiązków prawnych ciążących na administratorze. Pozostałe informacje dotyczące zasad przetwarzania danych osobowych i praw osób, których dane dotyczą dostępne są w Klauzuli informacyjnej dot. przetwarzania danych osobowych zamieszczonej na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Powiatu Nowosolskiego pod adresem:

<https://bip.powiat-nowosolski.pl/procedury/12/wydzial/4/>

WYPEŁNIA **JEDEN LEKARZ** (opisując całościowo stan zdrowia)  
**ZAŚWIADCZENIE NALEŻY PRZEDŁOŻYĆ W CIĄGU 30 DNI OD DATY WYSTAWIENIA**

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....  
data wydania (wypełnia lekarz)

**Zaświadczenie o stanie zdrowia**

**wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

Imię i nazwisko.....

Nr PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Wzrost.....Waga..... RR...../.....mmHg, R.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (zaświadczenie należy wypełnić w języku polskim):

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby:

3. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu:

5. Ocena wyników leczenia, rokowanie (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy) dalsze leczenie i rehabilitacja:

6. Używany sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:

7. Wykaz wykonanych badań, konsultacji specjalistycznych oraz innej dokumentacji medycznej potwierdzającej rozpoznanie choroby zasadniczej:

8. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data) .....

9. Czy nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia? \* TAK / NIE

10. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej  
\* TAK / NIE

11. Czy osoba wymaga opieki ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji  
\* TAK / NIE

12. Czy osoba jest trwale niezdolna do udziału w posiedzeniu zespołu ds. orzekania  
\* TAK / NIE

\* - właściwe zakreślić

**Uwaga – jeśli osoba jest trwale niezdolna do udziału w posiedzeniu składu orzekającego (pkt. 12), to, w myśl § 8 ust.3 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (j.t. Dz.U. z 2021 r., poz. 857) należy ten fakt potwierdzić osobnym zaświadczeniem lekarskim, wyjaśniając przyczyny uniemożliwiające osobiste przybycie i uczestnictwo pacjenta w posiedzeniu składu orzekającego.**

.....  
pieczętka i podpis lekarza