

**DO WNIOSKU NALEŻY OBOWIĄZKOWO DOŁĄCZYĆ:**

- ✓ oryginał zaświadczenia lekarskiego, ważny 30 dni od daty wystawienia (w całości wypełnia lekarz, łącznie z danymi osobowymi)
- ✓ dokumentację medyczną, potwierdzającą leczenie schorzeń opisanych w w/w zaświadczeniu lekarskim (nie dołączać dokumentacji składanej w poprzednich wnioskach – dołączyć ją Zespół)

**Wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**

(Dane personalne proszę wypełnić drukowanymi literami)

Nr sprawy: **MZON.610.** .....

(wypełnia zespół)

.....

miejsowość i data

**Wniosek składam** (właściwe zaznaczyć krzyżykiem):

- Po raz pierwszy;
- Po raz drugi/kolejny - w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia - **nie wcześniej niż na 30 dni przed upływem ważności posiadanego orzeczenia** (§ 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności - Dz. U. z 2021 r. poz. 857);
- W związku ze zmianą stanu zdrowia (§ 15 ust. 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności - Dz. U. z 2021 r. poz. 857);
- Po raz kolejny – poprzednio brak stopnia niepełnosprawności;
- W celu ponownego ustalenia prawa do karty parkingowej - w rozumieniu ustawodawcy „znacznie ograniczonej możliwości samodzielnego poruszania się” - w tym przypadku należy dołączyć właściwy druk oświadczenia.

**Dane wnioskodawcy:**

Imię (imiona) i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia .....

Nr i seria dowodu osobistego ..... PESEL ...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Adres zameldowania (stały, czasowy) .....

Adres korespondencyjny .....

Obywatelstwo:..... Telefon .....

**Dane osobowe przedstawiciela ustawowego osoby ubezwłasnowolnionej lub opiekuna dziecka niepełnoletniego, powyżej 16 r. życia:**

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

Adres korespondencyjny ..... Telefon .....

**Miejski Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności, ul. Długa 13, 65-401 Zielona Góra**

tel. 68 411 51 00 do 09, 68 411 51 87 e-mail: mzoon@mops.zgora.pl www.mops.zgora.pl

**Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów (właściwe zaznaczyć):**

- odpowiedniego zatrudnienia,
- szkolenia, w tym specjalistycznego,
- zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej,
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej,
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne,
- środki pomocnicze oraz pomoce techniczne
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,
- ubiegania się o zasiłek stały,
- ubiegania się o zasiłek pielęgnacyjny,
- wydanie karty parkingowej (art. 8 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. - Prawo o ruchu drogowym)
- prawa do zamieszkania w oddzielnym pokoju (ustawa z dnia 21 czerwca 2001 r. o dodatkach mieszkaniowych)
- inne.....

- Mogę samodzielnie/mogę z osobą towarzyszącą/nie mogę\* samodzielnie przybyć na posiedzenie składu orzekającego.

Jeżeli nie, to należy załączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby.

### **Uzasadnienie wniosku:**

- sytuacja społeczna: stan cywilny ..... wykształcenie .....
- zdolność do samodzielnego funkcjonowania:
1. wykonywanie czynności samoobsługowych      samodzielnie /z pomocą /opieka      (właściwe podkreślić)
  2. prowadzenie gospodarstwa domowego      samodzielnie /z pomocą /opieka      (właściwe podkreślić)
  3. poruszanie się w środowisku      samodzielnie /z pomocą /opieka      (właściwe podkreślić)
- korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:      niezbędne / wskazane / zbędne      (właściwe podkreślić)  
zawód ..... obecne zatrudnienie:  TAK     NIE

### **Oświadczenia:**

1. Pobieram/nie pobieram\* świadczenie z ubezpieczenia społecznego: renta/emerytura, \*
2. Aktualnie toczy się / nie toczy się \* w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem lub sądem powszechnym w sprawie ustalenia niepełnosprawności.
3. Składałem(am)/nie składałem(am)\* uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności, jeżeli tak, to kiedy....., z jakim skutkiem .....
4. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu pobytu do momentu zakończenia postępowania w sprawie – zgodnie z Art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego ( Dz. U. 2024 poz. 572 ze zm).
5. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, urząd 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.
6. W razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności uzupełnienia dokumentacji medycznej uzupełniającej złożone zaświadczenie o stanie zdrowia, **jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**
7. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy - zgodnie z Art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2024, poz. 17 ze zm).
8. Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności (j.t. Dz. U. z 2022 r., poz. 1191 ze zm.), zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że miejscem mojego pobytu stałego jest adres podany na odwrocie wniosku w rubryce: „Adres zamieszkania”.
9. Ponadto oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych i możliwości ich poprawiania.

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

### **Dotyczy wniosków składanych za pośrednictwem Instytucji Pomocy Społecznej**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na złożenie wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności przez .....

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

### **KLAUZULA INFORMACYJNA RODO:**

Administratorem Danych osobowych jest Miejski 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 Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Zielonej Górze pod adresem: [Ochrona Danych Osobowych – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej \(mops.zgora.pl\)](https://mops.zgora.pl)