



- 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)