

(pieczęć z datą wpływu podania do Zespołu)

Wnoszę o (proszę wstawić [wylącznie jeden] znak: „**x**” w odpowiednie miejsce w I. kolumnie):

	WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PO RAZ PIERWSZY
	KOLEJNE WYDANIE ORZECZENIA - W TRAKCIE WAŻNOŚCI DOTYCHCZASOWEGO ORZECZENIA W ZWIĄZKU Z ZAISTNIAŁĄ ZMIANĄ STANU ZDROWIA¹
	KOLEJNE WYDANIE ORZECZENIA - W ZWIĄZKU Z UPŁYWEM WAŻNOŚCI POPRZEDNIEGO ORZECZENIA²
	KOLEJNE WYDANIE ORZECZENIA - POPRZEDNIO WYDANO ORZECZENIE O NIEZALICZENIU DO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Imię (*imiona*) i nazwisko:

Data urodzenia:.....**Miejsce urodzenia:**.....**Obywatelstwo⁴:**.....
(w zapisie: dd.mm.rrrr) (miejscowość)

Adres miejsca zameldowania⁵:
(w kolejności: kod pocztowy; miejscowość; ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

Adres miejsca pobytu⁶:
(w kolejności: kod pocztowy; miejscowość; ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

Adres do korespondencji:/...../...../...../...../.....
(w kolejności: kod pocztowy; miejscowość; ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

Nazwa, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość⁷:.....

Numer ewidencyjny PESEL:/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Posiadany numer telefonu lub adres poczty elektronicznej (e-mail):.....

(właściwą kratkę należy zaznaczyć stawiając w polu: „☐” [wyłącznie jeden] znak: „☒”) tj.:

- ☐ rodzica osoby małoletniej
☐ opiekuna (prawnego) osoby małoletniej
☐ kuratora osoby małoletniej
☐ kuratora osoby częściowo ubezwłasnowolnionej
☐ doradcy tymczasowego
☐ kuratora dla osoby niepełnosprawnej
☐ opiekuna prawnego osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej

☐
(należy wskazać inną formę przedstawicielstwa ustawowego)

Imię (imiona) i nazwisko:

Data urodzenia:.....**Miejsce urodzenia:**.....**Obywatelstwo⁴:**.....
(w zapisie: dd.mm.rrrr) (miejscowość)

Adres miejsca zameldowania⁵:
(w kolejności: kod pocztowy; miejscowość; ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

Adres miejsca pobytu⁶:
(w kolejności: kod pocztowy; miejscowość; ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

Adres do korespondencji:/...../...../...../...../.....
(w kolejności: kod pocztowy; miejscowość; ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

Nazwa, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość⁷:

Numer ewidencyjny PESEL:/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Posiadany numer telefonu lub adres poczty elektronicznej (e-mail):.....

DO POWIATOWEGO ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W ZABRZU

(zwanego dalej: PZON Zabrze)

Zwracam się z wnioskiem o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów (proszę wstawić znak: „✖” w odpowiednie miejsca w kolumnie):

1.		Odpowiedniego zatrudnienia
2.		Szkolenia (w tym specjalistycznego)
3.		Zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej
4.		Uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej
5.		Konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne
6.		Korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (tj.: usługi socjalne, opiekuńcze, terapeutyczne i rehabilitacyjne świadczone przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki)
7.		Korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 - ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym (tekst jedn. Dz. U. z 2024 r. poz. 1251 z późn. zm.) (dot. karty parkingowej)
8.		Korzystania ze świadczeń pomocy społecznej (np.: zasiłek stały / okresowy)
9.		Uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego
10.		Uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego
11.		Zamieszkiwania w oddzielnym pokoju
12.		Uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze
13.		Korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów
14.		Innych (wymienić jakich):

Cel podstawowy złożenia wniosku (proszę podać numer wyłącznie jednego z wybranych celów [od 1. do 14.]):.....

DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI SPOŁECZNEJ OSOBY ZAINTERESOWANEJ

Stan cywilny (proszę wstawić [wyłącznie jeden] znak: „✖” w odpowiednie miejsce w kolumnie z lewej strony):

	kawaler / panna
	żonaty / zamężna
	wdowiec / wdowa
	rozwódziona / rozwiedziona
	separowany / separowana

Zdolność do samodzielnego funkcjonowania (proszę wstawić [wyłącznie jeden] znak: „✖” w odpowiednie miejsce w każdym z trzech wierszy):

Czynności	samodzielnie	z pomocą	opieka
Wykonywanie czynności samoobsługowych (higiena osobista, spożywanie, przygotowanie posiłków, ubieranie się, itp.)			
Poruszanie się w środowisku (chodzenie, poruszanie się w domu i poza domem, itp.)			
Prowadzenie gospodarstwa domowego (zakupy, sprzątanie, gotowanie, itp.)			

DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI ZAWODOWEJ OSOBY ZAINTERESOWANEJ

Wykształcenie (proszę wstawić wyłącznie jeden znak: „✖” w odpowiednie miejsce w kolumnie z lewej strony):

	podstawowe nieukończone
	podstawowe
	zasadnicze
	średnie
	wyższe

Czy aktualnie wykonywana jest przez Pana/Panią praca zarobkowa (osoba zainteresowana wykonuje) (właściwe kratki zaznaczyć stawiając w polu: „☐” znak: „☒”):

☐ NIE / ☐ TAK - zawód obecnie wykonywany:.....

Zawód wyuczony:...../ ☐ brak wyuczonego zawodu

Czy aktualnie pobierane jest przez Pana/Panią świadczenie rentowe albo emerytalne (osoba zainteresowana pobiera):

☐ NIE / ☐ TAK – pobierana jest:

1) ☐ emerytura;

2) ☐ świadczenie rentowe: (należy wskazać nazwę świadczenia).....

OŚWIADCZENIA

- ☐ **Zostałem poinformowany/-a**, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja okaże się niewystarczająca do wydania orzeczenia - Przewodniczący PZON Zabrze wzywa do jej uzupełnienia z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym przez organ terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
- ☐ **Zobowiązuje się powiadomić** organ prowadzący postępowanie o wydanie orzeczenia, o każdej zmianie swojego adresu do momentu zakończenia postępowania - zgodnie z art. 41 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jedn. Dz. U. z 2024 r. poz. 572; zwanej dalej: k.p.a.). W razie zaniedbania tego obowiązku – **jestem świadomy/-a**, iż doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem wywołuje skutek prawny – zgodnie z art. 41 § 2 k.p.a.
- ☐ **Zapoznałem/am się z: 1) klauzulą informacyjną** dot. przetwarzania danych osobowych (zawartą na stronie 4. niniejszego wniosku) w prowadzonym przez organ postępowaniu oraz z: **2) pouczeniem dot. wybranych praw i obowiązków strony** w postępowaniu o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (stanowiącym załącznik do niniejszego wniosku), a także z przypisami i objaśnieniami zawartymi na stronie 3. niniejszego wniosku.
- ☐ **Dane** zawarte w niniejszym wniosku o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności są zgodne z prawdą.

.....
**podpis⁹ osoby zainteresowanej lub
przedstawiciela ustawowego**

PRZYPISY

- ¹ W przypadku zmiany stanu zdrowia osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o stopniu niepełnosprawności może w okresie ważności tego orzeczenia wystąpić do powiatowego zespołu z wnioskiem o wydanie orzeczenia uwzględniającego zmianę stanu zdrowia.
- ² Osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane na czas określony może wystąpić do powiatowego zespołu z wnioskiem o wydanie kolejnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności nie wcześniej niż 2 miesiące przed upływem ważności posiadanego orzeczenia, z zastrzeżeniem, iż w przypadku dzieci posiadających dotychczas orzeczenie o niepełnosprawności i ubiegających się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności po raz pierwszy wniosek można złożyć nie wcześniej niż na 3 miesiące przed upływem ważności posiadanego orzeczenia o niepełnosprawności).
- ³ Osobą zainteresowaną jest osoba powyżej 16. roku życia (w stosunku do której ma zostać wydane orzeczenie).
- ⁴ Konieczność podania obywatelstwa dotyczy wyłącznie cudzoziemców nieposiadających numeru ewidencyjnego PESEL – w innych wypadkach pole pozostawia się niewypełnione.
- ⁵ Należy wskazać adres miejsca zameldowania na pobyt stały lub czasowy albo informację o braku takiego zameldowania.
- ⁶ Adres miejsca pobytu należy podać wyłącznie w przypadku osób: 1) bezdomnych albo; 2) przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych albo; 3) przebywających w zakładach karnych, okręgowych ośrodkach wychowawczych, zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich albo; 4) przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej albo; 5) obywateli Ukrainy, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (tekst jedn. Dz. U. z 2025 r. poz. 377 z późn. zm.), którzy przybyli legalnie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- ⁷ Dokumentami potwierdzającymi tożsamość są wyłącznie dowód osobisty oraz paszport.
- ⁸ Dane dot. przedstawiciela ustawowego należy podać w sytuacji gdy osoba zainteresowana ma ograniczoną lub nie posiada zdolności do czynności prawnych (*nie dotyczy to zatem sytuacji „posiadania” tzw.: opiekuna faktycznego*).
- ⁹ Pisma utrwalone w postaci papierowej opatruje się podpisem własnoręcznym. Pisma utrwalone w postaci elektronicznej opatruje się kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym albo podpisem osobistym. W przypadku niemożności złożenia własnoręcznego 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, albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (*burmistrza, prezydenta miasta*), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać.

W CHWILI SKŁADANIA WNIOSKU O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI NALEŻY DOŁĄCZYĆ NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY:

- 1. Zaświadczenie lekarskie** zawierające opis stanu zdrowia, rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących (*potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych*), wydane przez lekarza, pod którego opieką lekarską znajduje się osoba zainteresowana, wydane nie wcześniej niż na 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku.
 - 2. Dokumentację medyczną** w formie: wyciągów, odpisów, kopii (*kserokopii / skanów*) lub wydruków.
 - 3. Inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności** (*np.: orzeczenia organów rentowych*).
-
- W przypadku złożenia wniosku przez ustanowionego przez sąd powszechny przedstawiciela ustawowego – należy przedstawić dokument potwierdzający fakt jego ustanowienia.
 - W przypadku złożenia wniosku przez przedstawiciela ustawowego: rodzica osoby zainteresowanej – należy dołączyć kopię (*kserokopię*) odpisu aktu urodzenia osoby zainteresowanej (*jeżeli dziecko pochodzi ze związku małżeńskiego: odpis skrócony aktu urodzenia; jeżeli dziecko pochodzi ze związku pozamałżeńskiego: pełny odpis aktu urodzenia*).
 - W przypadku wystąpienia z wnioskiem o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności przez ośrodek pomocy społecznej lub przez centrum usług społecznych – należy załączyć pisemną zgodę osoby zainteresowanej (*lub przedstawiciela ustawowego*), na złożenie wniosku o wydanie orzeczenia.
 - W przypadku reprezentowania strony przez pełnomocnika – należy dołączyć do akt oryginał lub urzędowo poświadczony odpis pełnomocnictwa do reprezentowania strony. Adwokat, radca prawny, rzecznik patentowy, a także doradca podatkowy mogą sami uwierzytelnić odpis udzielonego im pełnomocnictwa oraz odpisy innych dokumentów wykazujących ich umocowanie. **PZON Zabrze nie posiada uprawnień do poświadczania dokumentu pełnomocnictwa.**

GODZINY OBSŁUGI INTERESANTÓW

(41-800 Zabrze, ul. 3 Maja 16; pokój: 001 [parter])

PONIEDZIAŁEK	09:00 – 15:00
WTOREK	09:00 – 12.00
ŚRODA	09:00 – 12.00
CZWARTEK	11:00 – 18.00
PIĄTEK	NIECZYNNE

Numery telefoniczne do PZON Zabrze

(32) 277-78-45 / (32) 277-78-52

(32) 277-78-62

Klauzula informacyjna

I.

[Administrator danych osobowych / Współadministratorzy]

1. **Administratorem Państwa danych osobowych** jest: Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Zabrzu (41-800 Zabrze), ul. 3 Maja 16 (zwany dalej: ADO). Z ADO można kontaktować się: 1) listownie, kierując korespondencję na adres siedziby ADO; 2) za pośrednictwem skrzynki do e-Doręczeń: AE:PL-75429-10161-BRIAE-23
2. **Współadministratorami danych** przetwarzanych w systemie informatycznym: Elektronicznym Krajowym Systemie Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności (*w którym przetwarza się dane m.in. w celu usprawnienia i podniesienia jakości orzekania o niepełnosprawności oraz realizacji zadań przez zespoły orzekające o niepełnosprawności*) są: 1) Pełnomocnik Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych (00-513 Warszawa), ul. Nowogrodzka 1/3/5 (*adres poczty elektronicznej: sekretariat.bon@mrips.gov.pl*) oraz; 2) Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (00-513 Warszawa), ul. Nowogrodzka 1/3/5 (*adres poczty elektronicznej: info@mrips.gov.pl*).

II.

[Cele, podstawy prawne, okres retencji oraz obowiązek podania danych osobowych]

1. **Państwa dane osobowe, w tym dane o stanie zdrowia** przetwarzane są w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2024 r. poz. 44 z późn. zm.; zwanej dalej: ustawą o rehabilitacji) w związku z prowadzeniem przez ADO postępowania o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności - w oparciu o przepisy prawa powszechnie obowiązującego.
2. **Mogą również wystąpić** przypadki, w których ADO przetwarza dane osobowe na podstawie Państwa zgody. W tej sytuacji ADO zwróci się do Państwa o wyrażenie zgody - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO – na przetwarzanie danych osobowych w określonym celu i zakresie.
3. **Państwa dane osobowe** będą przechowywane przez okres 50 lat - co wynika z art. 2b ust. 8 ustawy o rehabilitacji.
4. **Podanie danych osobowych** jest wymogiem ustawowym w sytuacji, gdy przesłanką przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa powszechnie obowiązującego. W tym przypadku osoba, której dane dotyczą jest zobowiązana do ich podania. Ich niepodanie skutkować będzie niemożnością rozpatrzenia wniosku. Inne dane osobowe podane przez Państwa (*tn.: na podstawie Państwa zgody lub – w przypadku szczególnych kategorii danych osobowych - wyrażonej zgody*), są podawane dobrowolnie, jednakże brak ich podania skutkować może np.: ograniczeniem form komunikacji lub niemożnością podjęcia przez ADO określonych działań. ADO każdorazowo informuje, o dobrowolności podania danych (*poprzez zamieszczenie stosownej adnotacji iż podanie danych jest dobrowolne*).

III.

[Odbiorcy danych użytkowników, przekazywanie danych osobowych do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowych]

1. **Państwa dane osobowe** będą przekazywane do Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Zabrzu (41-800 Zabrze, ul. 3 Maja 16) – na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych – celem świadczenia usługi określonej w umowie, tj.: obsługi wykonywania usług pocztowych.
2. **Państwa dane osobowe mogą** być udostępniane innym organom i podmiotom na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
3. **Dane osobowe mogą** być również ujawniane innym podmiotom przetwarzającym na zlecenie i w imieniu ADO – na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych w celu świadczenia określonych usług na rzecz ADO np.: usług teleinformatycznych, usług prawnych/doradczych.
4. **ADO nie ma** zamiaru przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej, chyba że takie zobowiązanie będzie wynikać z przepisów prawa.

IV.

[Prawa osób, których dane osobowe dotyczą]

1. **Mają Państwo prawo do:** 1) dostępu do swoich danych osobowych; 2) żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe; 3) żądania usunięcia danych, gdy: a) dane nie są już niezbędne do celów, dla których zostały zebrane, b) dane przetwarzane są niezgodnie z prawem, 4) żądania ograniczenia przetwarzania, gdy: a) osoby te kwestionują prawidłowość danych, b) przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych, c) ADO nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
2. **Mają Państwo również prawo** do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

V.

[Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, profilowanie]

Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

VI.

[Inspektor ochrony danych]

ADO wyznaczył Inspektora ochrony danych (dalej: IOD) – Pana Michała Drozdowskiego (Drozdowski). Kontakt z IOD jest możliwy e-mailowo pod adresem poczty elektronicznej: iodo@mopr.zabrze.pl albo poprzez adres korespondencyjny ADO z dopiskiem: Inspektor ochrony danych. Z IOD można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych, które pozostają w zakresie działania ADO.

VII.

[Co oznacza skrót RODO]

Odnosi się on do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

Wybrane prawa i obowiązki strony¹ w postępowaniu o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności²

Wybrane prawa strony:

1. W toku postępowania organy administracji publicznej stoją na straży praworządności, z urzędu lub na wniosek stron podejmują wszelkie czynności niezbędne do dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego oraz do załatwienia sprawy, mając na względzie interes społeczny i słuszny interes obywateli (art. 7 k.p.a.)³.
2. Organy administracji publicznej obowiązane są zapewnić stronom czynny udział w każdym stadium postępowania, a przed wydaniem decyzji umożliwić im wypowiedzenie się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań (art. 10 § 1 k.p.a.).
3. Strona ma prawo wglądu w akta sprawy, sporządzania z nich notatek, kopii lub odpisów. Prawo to przysługuje również po zakończeniu postępowania (art. 73 § 1 k.p.a.). Czynności określone w § 1 są dokonywane w lokalu organu administracji publicznej w obecności pracownika tego organu (art. 73 § 1a k.p.a.). Organ zobowiązany jest zatem do stworzenia warunków do sporządzania notatek i odpisów oraz kopii; natomiast przepis ten nie przewiduje wydania (zwrotu) dokumentów z akt sprawy lub ich doręczenia pocztą.
4. Strona może żądać uwierzytelnienia odpisów lub kopii akt sprawy lub wydania jej z akt sprawy uwierzytelnionych odpisów, o ile jest to uzasadnione ważnym interesem strony (art. 73 § 2 k.p.a.).
5. Strona może działać przez pełnomocnika, chyba że charakter czynności wymaga jej osobistego działania (art. 32 k.p.a.). Pełnomocnikiem strony może być osoba fizyczna posiadająca zdolność do czynności prawnych (art. 33 § 1 k.p.a.). Pełnomocnik dołącza do akt oryginał lub urzędowo poświadczony odpis pełnomocnictwa. Adwokat, radca prawny, rzecznik patentowy, a także doradca podatkowy mogą sami uwierzytelnić odpis udzielonego im pełnomocnictwa oraz odpisy innych dokumentów wykazujących ich umocowanie. Organ administracji publicznej może w razie wątpliwości zażądać urzędowego poświadczenia podpisu strony (art. 33 § 3 k.p.a.).
6. Organy administracji publicznej obowiązane są załatwiać sprawy bez zbędnej zwłoki (art. 35 § 1 k.p.a.).
7. Załatwienie sprawy wymagającej postępowania wyjaśniającego powinno nastąpić nie później niż w ciągu miesiąca, a sprawy szczególnie skomplikowanej – nie później niż w ciągu 2 miesięcy od dnia wszczęcia postępowania, zaś w postępowaniu odwoławczym – w ciągu miesiąca od dnia otrzymania odwołania (art. 35 § 2 k.p.a.). Do terminów określonych w przepisach poprzedzających nie wlicza się terminów przewidzianych w przepisach prawa dla dokonania określonych czynności, okresów doręczania z wykorzystaniem publicznej usługi hybrydowej, o której mowa w art. 2 pkt 7 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2024 r. poz. 1045 z późn. zm.), okresów zawieszenia postępowania, okresu trwania mediacji oraz okresów opóźnień spowodowanych z winy strony albo przyczyn niezależnych od organu (art. 35 § 5 k.p.a.). O każdym przypadku niezakończenia sprawy w terminie organ administracji publicznej jest obowiązany zawiadomić strony, podając

¹ Stroną postępowania o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności jest osoba zainteresowana tj.: osoba, która ukończyła 16. rok życia - w stosunku do której ma zostać wydane orzeczenie o stopniu niepełnosprawności. W przypadku gdy osoba zainteresowana nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych ze względu na wiek, ubezwłasnowolnienie częściowe albo całkowite – reprezentowana jest ona przez przedstawiciela ustawowego. Przedstawicielstwo ustawowe polega na opartym na ustawie umocowaniu do działania w cudzym imieniu.

² Niniejsza informacja stanowi jedynie materiał informacyjny i pomocniczy. Nie stanowi oficjalnego źródła poznania powszechnie obowiązującego prawa w Polsce.

³ Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jedn. Dz. U. z 2024 r. poz. 572; określona skrótem: k.p.a.)

przyczyny zwłoki, wskazując nowy termin załatwienia sprawy oraz pouczając o prawie do wniesienia ponaglenia (art. 36 § 1 k.p.a.).

8. Stronie służy prawo do wniesienia ponaglenia, jeżeli:

- 1) nie załatwiono sprawy w terminie określonym w art. 35 lub przepisach szczególnych ani w terminie wskazanym zgodnie z art. 36 § 1 (bezczyorność);
- 2) postępowanie jest prowadzone dłużej niż jest to niezbędne do załatwienia sprawy (przewlekłość) (art. 37 § 1 k.p.a.).

9. Organ administracji publicznej może zawiesić postępowanie, jeżeli wystąpi o to strona, na której żądanie postępowanie zostało wszczęte, a nie sprzeciwiają się temu inne strony oraz nie zagraża to interesowi społecznemu. Jeżeli w okresie trzech lat od daty zawieszenia postępowania żadna ze stron nie zwróci się o podjęcie postępowania, żądanie wszczęcia postępowania uważa się za wycofane (art. 98 k.p.a.).

10. Do czasu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności osoba zainteresowana lub przedstawiciel ustawowy może wycofać wniosek o wydanie orzeczenia. Wycofanie wniosku nie wymaga uzasadnienia (§ 6 ust. 6 r.o.n.s.n.)⁴.

Wybrane obowiązki strony:

1. W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swojego adresu, w tym adresu elektronicznego (art. 41 § 1 k.p.a.).
2. Jeżeli adresat odmawia przyjęcia pisma przesłanego mu przez operatora pocztowego w rozumieniu ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. - Prawo pocztowe (tekst jedn. Dz. U. z 2023 r. poz. 1640 z późn. zm.) lub inny organ albo w inny sposób, pismo zwraca się nadawcy z adnotacją o odmowie jego przyjęcia i datą odmowy. Pismo wraz z adnotacją włącza się do akt sprawy. (art. 47 § 1 k.p.a.). W przypadkach, o których mowa w art. 47 § 1 k.p.a., uznaje się, że pismo doręczone zostało w dniu odmowy jego przyjęcia przez adresata (art. 47 § 2 k.p.a.).
3. Jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja medyczna oraz inna dokumentacja mogąca mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności, jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, przewodniczący powiatowego zespołu zawiadamia na piśmie osobę zainteresowaną o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania (§ 6 ust. 5 r.o.n.s.n.).
4. Osoba zainteresowana obowiązana jest do osobistego stawiennictwa w wyznaczonym przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności terminie – celem rozpatrzenia wniosku o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. Niestawienie się osoby zainteresowanej, w wyznaczonym terminie na posiedzeniu o wydanie orzeczenia powoduje pozostawienie sprawy bez rozpoznania. W przypadku gdy niestawienie zostało usprawiedliwione ważnymi przyczynami lub zdarzeniami losowymi w terminie 14 dni od dnia posiedzenia, przewodniczący powiatowego zespołu wyznacza nowy termin rozpatrzenia sprawy. Trzykrotne niestawienie usprawiedliwione ważnymi przyczynami lub zdarzeniami losowymi, powoduje pozostawienie sprawy bez rozpoznania (§ 6 ust. 6 r.o.n.s.n.).

⁴ Rozporządzenie Ministra Gospodarki Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (tekst jedn. Dz. U. z 2021 r. poz. 857 z późn. zm.; określone skrótem: r.o.n.s.n.).

Na podstawie § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (tekst jedn. Dz. U. z 2021 r. poz. 857 z późn. zm.): do wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dołącza się: zaświadczenie lekarskie: **WYDANE NIE WCZEŚNIEJ NIŻ NA 3 MIESIĄCE PRZED DNIEM ZŁOŻENIA WNIOSKU**

.....
(Miejscowość; data [w formacie: dd.mm.rrrr])

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą)

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia osoby zainteresowanej*/ dziecka*¹
wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Zabrzu
(dokument wypełnia w całości [WYŁĄCZNIE JEDEN] lekarz pod którego opieką znajduje się osoba
zainteresowana / dziecko [łącznie z danymi osobowymi])

Imię i nazwisko:

Numer ewidencyjny PESEL:² albo w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

Adres miejsca zamieszkania:
(w kolejności: kod pocztowy; miejscowość; ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

I. 1) Rozpoznanie choroby zasadniczej:

2) Rozpoznanie powyżej opisanej choroby zasadniczej zostało potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych stanowiących obligatoryjny załącznik do zaświadczenia (wpisać jakimi):

3) Opis przebiegu schorzenia zasadniczego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium, ośrodku rehabilitacji:

¹ Przez pojęcie „dziecka” należy rozumieć osobę do 16 roku życia; natomiast przez pojęcie: „osoby zainteresowanej” - osobę powyżej 16 roku życia. (w przypadku sporządzania zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia dziecka wymagany jest obligatoryjnie wymagane jest wyłącznie opisanie stanu zdrowia dziecka).

² W przypadku noworodka nieposiadającego numeru PESEL – numer PESEL matki.

II. 1) Rozpoznanie chorób współistniejących (choroby współistniejącej):.....

2) Rozpoznanie powyżej opisanych chorób współistniejących (choroby współistniejącej) zostało potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych stanowiących obligatoryjny załącznik do zaświadczenia (wpisać jakimi):.....

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

IV. Używane przedmioty ortopedyczne / środki pomocnicze (lub ewentualne potrzeby w tym zakresie):.....

V. Wykaz wykonanych badań dodatkowych / konsultacji (stanowiących załącznik do zaświadczenia):.....

VI. Czy lekarz wydający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej osoby zainteresowanej* / dziecka*: ☐ TAK** / ☐ NIE**

VII. Dokumentacja medyczna prowadzona jest począwszy od:.....
(data [w formacie: dd.mm.rrrr])

VIII. Osoba zainteresowana* / dziecko* jest pod opieką lekarza (wydającego zaświadczenie) począwszy od:.....
(data [w formacie: dd.mm.rrrr])

IX. Osoba zainteresowana* / dziecko* jest:

☐ zdolna/e do osobistego stawiennictwa i uczestnictwa w posiedzeniu składu orzekającego (w siedzibie zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności). **

☐ trwale niezdolna/e do osobistego stawiennictwa i uczestnictwa w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby tj.:.....

3**

* Niepotrzebne skreślić

**Właściwą kratkę: „☐” zaznaczyć stawiając w polu znak:”☒”

.....
(podpis [i pieczęć] lekarza wydającego zaświadczenie pod którego opieką znajduje się osoba zainteresowana / dziecko)

³ Należy opisać rozpoznanie długotrwałej i nierokującej poprawy choroby – uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo osoby zainteresowanej / dziecka.

KARTA OCENY STANU OSOBY ZAINTERESOWANEJ WG ZMODYFIKOWANEJ SKALI BARTHEL^{1,2}

Imię i nazwisko osoby zainteresowanej³:

Numer Powszechnego Elektronicznego Systemu Ewidencji Ludności (PESEL):/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../..... lub

w przypadku cudzoziemców nieposiadających numeru PESEL - informacja o obywatelstwie:

Adres miejsca zamieszkania:/...../...../...../...../.....
(w kolejności: kod pocztowy; miejscowość; ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

L.p.	Nazwa czynności	Liczba pkt
1.	Spożywanie posiłków 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 = samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie) 0 = nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siadaniu 5 = większa pomoc (fizyczna, jedna, dwie osoby), może siedzieć 10 = mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 15 = samodzielny	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych 5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0 = zależny 5 = częściowo potrzebuje pomocy 10 = niezależny (zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, utrzymanie higieny osobistej)	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała 0 = zależny 5 = niezależny	
6.	Poruszanie się (po powierzchniach płaskich) 0 = nie porusza się lub może pokonać odległość < 50 m 5 = niezależny poruszający się na wózku 10 = spacer z pomocą jednej osoby, na odległość > 50m 15 = niezależny (ale może potrzebować pomocy np. laski), na odległości > 50m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 = nie jest samodzielny 5 = potrzebuje pomocy (fizycznej, przenoszenia) 10 = samodzielny	
8.	Ubieranie i rozbieranie się 0 = zależny 5 = potrzebuje pomocy, ale część czynności może wykonać bez pomocy 10 = niezależny (w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.)	
9.	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca (lub konieczne jest wykonanie lewatywy) 5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania stolca, 10 = kontroluje oddawanie stolca.	
10.	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub ma założony cewnik i przez to jest niesamodzielny 5 = przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania moczu, 10 = kontroluje oddawanie moczu.	
Łączna liczba punktów (wynik oceny [od 0 do 100 pkt])		

.....
(Data wydania, pieczęć i podpis lekarza wydającego dokument)

¹ Skala Barthel jest szeroko rozpowszechnioną uniwersalną skalą, znajdującą zastosowanie w ocenie niezdolności do samodzielnej egzystencji i stanowić może inny dokument mogący mieć wpływ na wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności - w rozumieniu § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (tekst jedn. Dz. U. z 2021 r. poz. 857 z późn. zm.). Dołączenie tego dokumentu do wniosku o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności jest DOBROWOLNE. Jednocześnie informacja ta jest dokumentem prywatnym tj.: stanowi jedynie dowód na to, że osoba, która go podpisała złożyła oświadczenie w nim zawarte.

² Rozstrzygnięcia w przedmiocie ustalenia niepełnosprawności (i stopnia niepełnosprawności) podejmowane są wyłącznie przez właściwy skład orzekający zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności (w ramach postępowania w I. i II. instancji) - w oparciu o aktualnie ustalony i udokumentowany stan faktyczny, dotyczący naruszonej sprawności organizmu i funkcjonowania osoby zainteresowanej.

³ Przez osobę zainteresowaną rozumie się osobę powyżej 16 roku życia w stosunku do której ma zostać wydane orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.

Informacja dot. sytuacji osoby zainteresowanej dla celów wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Zabrze¹

Imię i nazwisko osoby zainteresowanej:.....

Adres miejsca zameldowania:.....

Adres miejsca pobytu:.....

I. Wykształcenie i kwalifikacje²

1. Wykształcenie³:

- ☐ mniej niż podstawowe
- ☐ podstawowe
- ☐ gimnazjalne
- ☐ zasadnicze zawodowe
- ☐ zasadnicze branżowe
- ☐ średnie branżowe
- ☐ średnie
- ☐ wyższe

2. Inne wykształcenie⁴:.....

.....

3. Kierunek kształcenia:.....

4. Uzyskany zawód:.....

.....

5. Zdobyte kwalifikacje⁵:.....

¹ Informacja dot. sytuacji osoby zainteresowanej może stanowić tzw. inny dokument mogący mieć wpływ na wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności - w rozumieniu § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (tekst jedn. Dz. U. z 2021 r. poz. 857 z późn. zm.). **JEJ DOŁĄCZENIE DO WNIOSKU O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI JEST DOBROWOLNE.** Jednocześnie informacja ta jest dokumentem prywatnym tj.: stanowi jedynie dowód na to, że osoba, która go podpisała złożyła oświadczenie w nim zawarte; przy czym należy zauważyć, iż zgodnie z art. 75 § 1 zdanie pierwsze ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jedn. Dz. U. z 2024 r. poz. 572 z późn. zm.): jako dowód należy dopuścić wszystko, co może przyczynić się do wyjaśnienia sprawy, a nie jest sprzeczne z prawem.

² Niewypełnione pola należy oznaczać skrótem: „nie dot.”

³ Posiadane wykształcenie należy podać według poziomu szkoły ukończonej.

⁴ Należy wskazać np. kontynuację nauki.

* Właściwą kratkę zaznaczyć stawiając w polu: „☐” wyłącznie jeden znak: „☒”

⁵ Należy wskazać np.: odbyte kursy, zdobyte uprawnienia, szkolenia, praktyki, etc.

.....

6. Znajomość obsługi komputera:.....

.....

7. Prawo jazdy*:

☐ Tak

☐ Nie

8. Znajomość języków obcych*:

☐ Tak

☐ Nie

9. Poziom znajomości języków obcych⁶::.....

.....

II. Kariera zawodowa⁴

1. Ogólny staż pracy⁷:.....

2. Wykonywane zawody:.....

.....

.....

3. Aktualnie wykonywana praca⁸:.....

.....

4. Przyczyna i czas zaprzestania ostatniego zatrudnienia:.....

.....

5. Nabyte umiejętności zawodowe⁹ :.....

.....

6. Dodatkowe informacje:.....

⁶ Należy wypełnić wyłącznie w przypadku pozytywnej odpowiedzi na informację zawartą w pkt. 8. Należy wskazać jakie języki obce i na jakim poziomie.

⁷ W latach pracy.

⁸ Należy wskazać Stanowisko pracy, wykonywane czynności, obsługiwane urządzenia.

⁹ Należy wskazać również umiejętności obsługi maszyn i urządzeń.

III. Ogólna ocena planów zawodowych^{4, 10}

1. Jakie Pan/Pani (*osoba zainteresowana*) ma plany zawodowe¹¹:.....
.....
.....
2. Czy uważa Pan/Pani, iż zachodzi konieczność podjęcia działań w zakresie przekwalifikowania zawodowego swojej osoby (*osoby zainteresowanej*) :.....
.....
3. Czy uważa Pan/Pani że może (*osoba zainteresowana może*) podjąć zatrudnienie*:
☐ Tak
☐ Nie
4. Czy uważa Pan/Pani, że występują ograniczenia w możliwości podjęcia zatrudnienia przez Pana/Pani osobę (*przez osobę zainteresowaną*)*:
☐ Tak
☐ Nie
5. Jakie Pan/Pani (*osoba zainteresowana*) odczuwa ograniczenia w możliwości podjęcia zatrudnienia¹²:.....
.....
.....

IV. Sytuacja rodzinna i mieszkaniowa⁴

1. Sytuacja rodzinna¹³:.....
.....
.....
2. Sytuacja mieszkaniowa¹⁴:.....

¹⁰ Subiektywnej oceny zagadnień zawartych w rozdziale III dokonuje osoba zainteresowana.

¹¹ W zakresie podjęcia bądź kontynuowania (*obecnego*) zatrudnienia.

¹² Odpowiedzi należy udzielić w przypadku pozytywnej odpowiedzi na pytanie zawarte w punkcie poprzedzającym (4.).

¹³ Należy wskazać skład osobowy rodziny, stosunki prawno-społeczne łączące członków rodziny (*tj.: relacje między członkami rodziny oraz możliwość uzyskania wzajemnego wsparcia*).

¹⁴ Należy wskazać w szczególności rodzaj budynku, ilość pokoi, piętro, dostęp do windy, łazienka wyposażona w wannę czy kabinę prysznicową, dostępność mediów, informacje czy istnieje potrzeba dostosowania mieszkania do występujących ograniczeń.

.....

.....

V. Środowisko lokalne⁴

1. Charakterystyka środowiska lokalnego¹⁵:.....

.....

.....

VI. Funkcjonowanie na poziomie aktywności indywidualnej⁴

1. Utrzymywanie higieny osobistej^{16*}:

- ☐ Samodzielnie
- ☐ Ograniczenia:.....
-
-

2. Ubieranie i rozbieranie się^{17*}:

- ☐ Samodzielnie
- ☐ Ograniczenia:.....
-
-

3. Spożywanie posiłków^{18*}:

- ☐ Samodzielnie
- ☐ Ograniczenia:.....
-
-

¹⁵ Należy wskazać w szczególności czy istnieje możliwość uzyskania przez Pana/Panią (osobę zainteresowaną) wsparcia ze strony sąsiadów, przyjaciół lub instytucji/organizacji/stowarzyszeń. Czy Pan/Pani korzysta z takiego wsparcia – jeżeli tak to jakiego.

¹⁶ W tym w zakresie: porannej toalety; mycia się; kąpieli całego ciała (*w wannie/prysznicu*); mycia przy umywalce; mycia włosów; czesania się; korzystania z toalety; kontrolowania moczu/stolca; obcinania paznokci.

¹⁷ W tym w zakresie: przygotowywania ubrań; nałożenia ubrań; zdjęcia ubrań; zapinania guzików; zakładania i sznurowania butów.

¹⁸ W tym w zakresie: przygotowywania poszczególnych posiłków; posługiwania się sztućcami, sięgania po jedzenie, wkładania pokarmu do ust.

4. Inne czynności z zakresu samoobsługi¹⁹:.....

.....

.....

5. Zdolność do samodzielnego przemieszczania się*:

☐ Zdolny/zdolna

☐ Ograniczenia:.....

.....

.....

6. Zdolność do samodzielnego korzystania z publicznych środków transportu*:

☐ Zdolny/zdolna

☐ Ograniczenia:.....

.....

.....

7. Zdolność do słyszenia*:

☐ Brak ograniczeń

☐ Ograniczenia:.....

.....

.....

8. Zdolność do widzenia*:

☐ Brak ograniczeń

☐ Ograniczenia:.....

.....

.....

9. Zdolność do artykulacji i rozumienia mowy*:

☐ Brak ograniczeń

☐ Ograniczenia:.....

.....

.....

¹⁹ Należy wskazać np.: przyjmowanie leków, stosowanie zmodyfikowanej diety.

10. Kontakt słowny*:

- ☐ Brak ograniczeń
- ☐ Ograniczenia²⁰:.....
-
-

11. Zdolność do prowadzenia gospodarstwa domowego²¹*:

- ☐ Samodzielnie
- ☐ Ograniczenia:.....
-
-

12. Ograniczenia w uczestnictwie w życiu społecznym*:

- ☐ Brak ograniczeń
- ☐ Ograniczenia:.....
-
-

13. Dodatkowe informacje:.....

.....

Zabrze, dnia.....

.....
(podpis²² osoby zainteresowanej
lub przedstawiciela ustawowego / pełnomocnika²³)

²⁰ Należy opisać przyczynę i zakres ograniczenia.

²¹ W tym w zakresie: sprzątania; robienia gruntownych porządków; prania; gotowania; zmywania; robienia zakupów; planowania budżetu domowego; dbania o własność osobistą i bezpieczeństwo domowy.

²² Pisma utrwalone w postaci papierowej opatruje się podpisem własnoręcznym. Pisma utrwalone w postaci elektronicznej opatruje się kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym albo podpisem osobistym. W przypadku niemożności złożenia własnoręcznego 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, albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać.

²³ Umocowanie do działania w imieniu osoby zainteresowanej może wynikać z mocy prawa lub z orzeczenia sądu albo z udzielonego pełnomocnictwa.

.....dnia.....
(miejscowość; data: dd.mm.rrrrr)

.....
(imię i nazwisko osoby zainteresowanej¹)

.....
(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego / pełnomocnika osoby zainteresowanej / pełnomocnika przedstawiciela ustawowego osoby zainteresowanej)²

OŚWIADCZENIE O MIEJSCU STAŁEGO POBYTU / MIEJSCU POBYTU OSOBY ZAINTERESOWANEJ³

Oświadczam, że:⁴

1. ☐ Stosownie do treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności (tekst jedn. Dz. U. z 2025 r. poz. 274 z późn. zm.; zwanej dalej: ustawą o ewidencji ludności)⁵ - moim miejscem stałego pobytu (miejscem stałego pobytu osoby zainteresowanej) jest:

...../.....-...../...../.....
(w kolejności: kod pocztowy; miejscowość; ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

Jednocześnie oświadczam, że:

☐ nie przebywam (osoba zainteresowana nie przebywa) / ☐ przebywam (osoba zainteresowana przebywa) - powyżej 2 miesięcy ze względów rodzinnych* lub zdrowotnych* poza wskazanym miejscem stałego pobytu pod adresem:

...../.....-...../...../.....
(w kolejności: kod pocztowy; miejscowość; ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

☐ nie przebywam (osoba zainteresowana nie przebywa) / ☐ przebywam (osoba zainteresowana przebywa) - w domu pomocy społecznej* lub w ośrodku wsparcia* w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej pod adresem:

...../.....-...../...../.....
(w kolejności: kod pocztowy; miejscowość; ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

☐ nie przebywam (osoba zainteresowana nie przebywa) / ☐ przebywam (osoba zainteresowana przebywa) - w zakładzie karnym* lub w okręgowym ośrodku wychowawczym* lub w zakładzie poprawczym* lub w schronisku dla nieletnich* pod adresem:

...../.....-...../...../.....
(w kolejności: kod pocztowy; miejscowość; ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

.....
podpis

2. ☐ Stosownie do treści art. 25 ust. 1 ustawy o ewidencji ludności⁵ - nie posiadam miejsca stałego pobytu (osoba zainteresowana nie posiada miejsca stałego pobytu [tj.: osoba bezdomna]), a moim miejscem pobytu jest:

...../.....-...../...../.....
(w kolejności: kod pocztowy; miejscowość; ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

.....
podpis

3. ☐ Zgodnie z art. 26a ust. 2 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (tekst jedn. Dz. U. z 2025 r. poz. 337 z późn. zm.) - jako obywatel Ukrainy, który przybył legalnie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w rozumieniu art. 2 ust. 1 tejże ustawy oświadczam, iż moim miejscem pobytu (miejscem pobytu osoby zainteresowanej) jest:

...../.....-...../...../.....
(w kolejności: kod pocztowy; miejscowość; ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

.....
podpis

¹ Osobą zainteresowaną jest osoba w stosunku do której ma zostać wydane orzeczenie o stopniu niepełnosprawności / orzeczenie o wskazaniach do ulg i uprawnień.

² Należy uzupełnić w przypadku gdy osoba zainteresowana jest reprezentowana przez przedstawiciela ustawowego / pełnomocnika / pełnomocnika przedstawiciela ustawowego.

³ Złożenie niniejszego oświadczenia jest niezbędne do ustalenia właściwości miejscowej Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności / orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień w stosunku do osoby zainteresowanej.

⁴ Należy zaznaczyć właściwe rubryki „☐”- stawiając znak: „☒” (wyłącznie w jednym z pkt.: 1-3).

⁵ Pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania.

* Niepotrzebne skreślić.

....., dnia.....
(miejscowość data formacie: dd.mm.rrrr)

.....
(imię i nazwisko osoby zainteresowanej)¹

.....
(imię i nazwisko rodzica I. osoby zainteresowanej)

OŚWIADCZENIE DOT. WŁADZY RODZICIELSKIEJ NAD OSOBĄ ZAINTERESOWANĄ²

Mając na względzie treść art. 98 § 1 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (tekst jedn. Dz. U. z 2023 r. poz. 2089 z późn. zm.; zwanego dalej: KRiO)³ oświadczam, że jako rodzic małoletniego dziecka (będącego w postępowaniu o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności określanym pojęciem: osoby zainteresowanej)⁴:

☐ jestem przedstawicielem ustawowym dziecka pozostającego pod moją władzą rodzicielską, a tym samym posiadam umocowanie do dokonywania wszelkich czynności w postępowaniu o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności. Moja władza rodzicielska nie została zawieszona / ograniczona / nie zostałem/am pozbawiony/a władzy rodzicielskiej.

☐ moja władza rodzicielska nad dzieckiem uległa zawieszeniu, na mocy:
.....⁵ (odpis w załączeniu).

☐ moja władza rodzicielska nad dzieckiem uległa ograniczeniu, na mocy:
.....⁵ (odpis w załączeniu).

Jednocześnie na mocy wskazanego wyroku:

☐ posiadam obowiązki i uprawnienia w stosunku do dziecka w zakresie:
.....
.....⁶

☐ nie dotyczy

☐ zostałem pozbawiony/a władzy rodzicielskiej nad dzieckiem, na mocy:.....⁵ (odpis w załączeniu).

.....
podpis I. rodzica osoby zainteresowanej

¹ Pod pojęciem „osoby zainteresowanej” należy rozumieć osobę która ukończyła 16 roku życia, w stosunku do której ma zostać wydane orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.

² Niniejsze oświadczenie dot. wyłącznie rodziców małoletniej osoby zainteresowanej w stosunku do którego ma zostać wydane orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, a którym to władza rodzicielska (co do zasady) przysługuje z mocy prawa do uzyskania pełnoletności.

³ Art. 98 § 1 KRiO: Rodzice są przedstawicielami ustawowymi dziecka pozostającego pod ich władzą rodzicielską. Jeżeli dziecko pozostaje pod władzą rodzicielską obojga rodziców, każde z nich może działać samodzielnie jako przedstawiciel ustawowy dziecka.

⁴ Należy zaznaczyć właściwą kratkę: „☐”- stawiając znak: „☒” (wyłącznie w jednej z kratek).

⁵ Należy wskazać orzeczenie i oznaczenie Sądu powszechnego, który to orzeczenie wydał (a także datę i sygnaturę orzeczenia Sądu).

⁶ Zgodnie z art. 107 § 2 zdanie drugie KRiO: Sąd może powierzyć wykonywanie władzy rodzicielskiej jednemu z rodziców, ograniczając władzę rodzicielską drugiego do określonych obowiązków i uprawnień w stosunku do dziecka, jeżeli dobro dziecka za tym przemawia.

....., dnia.....
(miejscowość) data formacie: dd.mm.rrrr)

.....
(imię i nazwisko osoby zainteresowanej)⁷

.....
(imię i nazwisko rodzica II. osoby zainteresowanej)

OŚWIADCZENIE DOT. WŁADZY RODZICIELSKIEJ NAD OSOBĄ ZAINTERESOWANĄ⁸

Mając na względzie treść art. 98 § 1 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (tekst jedn. Dz. U. z 2023 r. poz. 2089 z późn. zm.; zwanego dalej: KRiO)⁹ oświadczam, że jako rodzic małoletniego dziecka (będącego w postępowaniu o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności określanym pojęciem: osoby zainteresowanej)¹⁰:

☐ jestem przedstawicielem ustawowym dziecka pozostającego pod moją władzą rodzicielską, a tym samym posiadam umocowanie do dokonywania wszelkich czynności w postępowaniu o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności. Moja władza rodzicielska nie została zawieszona / ograniczona / nie zostałem/am pozbawiony/a władzy rodzicielskiej.

☐ moja władza rodzicielska nad dzieckiem uległa zawieszeniu, na mocy:
.....¹¹ (odpis w załączeniu).

☐ moja władza rodzicielska nad dzieckiem uległa ograniczeniu, na mocy:
.....⁵ (odpis w załączeniu).

Jednocześnie na mocy wskazanego wyroku:

☐ posiadam obowiązki i uprawnienia w stosunku do dziecka w zakresie:
.....
.....¹²

☐ nie dotyczy

☐ zostałem pozbawiony/a władzy rodzicielskiej nad dzieckiem, na mocy:.....⁵ (odpis w załączeniu).

.....
podpis II. rodzica osoby zainteresowanej

⁷ Pod pojęciem „osoby zainteresowanej” należy rozumieć osobę która ukończyła 16 roku życia, w stosunku do której ma zostać wydane orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.

⁸ Niniejsze oświadczenie dot. wyłącznie rodziców małoletniej osoby zainteresowanej w stosunku do którego ma zostać wydane orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, a którym to władza rodzicielska (co do zasady) przysługuje z mocy prawa do uzyskania pełnoletności.

⁹ Art. 98 § 1 KRiO: Rodzice są przedstawicielami ustawowymi dziecka pozostającego pod ich władzą rodzicielską. Jeżeli dziecko pozostaje pod władzą rodzicielską obojga rodziców, każde z nich może działać samodzielnie jako przedstawiciel ustawowy dziecka.

¹⁰ Należy zaznaczyć właściwą kratkę: „☐”- stawiając znak: „☒” (wyłącznie w jednej z kratek).

¹¹ Należy wskazać orzeczenie i oznaczenie Sądu powszechnego, który to orzeczenie wydał (a także datę i sygnaturę orzeczenia Sądu).

¹² Zgodnie z art. 107 § 2 zdanie drugie KRiO: Sąd może powierzyć wykonywanie władzy rodzicielskiej jednemu z rodziców, ograniczając władzę rodzicielską drugiego do określonych obowiązków i uprawnień w stosunku do dziecka, jeżeli dobro dziecka za tym przemawia.