

Nr sprawy **PZO.8321.1**.....

---

**Wniosek należy wypełniać literami drukowanymi!!!**

---

**Wniosek  
w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności do 16 roku życia**

.....  
miejscowość i data

**Dane dziecka:**

Imię i nazwisko .....

PESEL											
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

Nazwa i numer dokumentu tożsamości.....

Adres stałego zameldowania: miejscowość .....

kod pocztowy.....ulica nr domu i mieszkania .....

Adres pobytu (jeżeli inny niż powyżej) .....

.....  
Obywatelstwo.....

**Dane przedstawiciela ustawowego dziecka ( rodzica lub opiekuna):**

Imię i nazwisko .....

PESEL											
Nr dowodu osobistego				X							X

Adres zameldowania.....

Adres pobytu (jeżeli inny niż powyżej) .....

Obywatelstwo.....Telefon .....

**Do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania  
o Niepełnosprawności w Bielsku – Białej  
ul. Piastowska 40, 43-300 Bielsko-Biała**

**Zwracam się z prośbą o wydanie \* :**

- ☐ orzeczenia o niepełnosprawności po raz pierwszy,
- ☐ orzeczenia o niepełnosprawności w celu kontynuacji posiadanego orzeczenia wydanego na czas określony, którego ważność upływa za mniej niż 30 dni,
- ☐ ponowne orzeczenia o niepełnosprawności w związku ze zmianą stanu zdrowia w celu uzyskania nowego orzeczenia,
- ☐ ponowne orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w celu uzyskania uprawnień do karty parkingowej.

**Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów\* :**

- ☐ zasiłku pielęgnacyjnego,
- ☐ świadczenia pielęgnacyjnego,
- ☐ zamieszkiwania w oddzielnym pokoju,
- ☐ karty parkingowej,
- ☐ uzyskania urlopu wychowawczego przez opiekuna dziecka w dodatkowym wymiarze,
- ☐ konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- ☐ inne ( jakie?).....

Cel podstawowy.....

/jeden z wyżej wymienionych/

**I. Zakres sprawowanej opieki i pielęgnacji:**

1. dziecko jest leżące\*/ porusza się samodzielnie\*/ o kulach\*/ na wózku inwalidzkim\*/ z pomocą drugiej osoby\*,
2. przyjmuje pokarmy samodzielnie\*/ jest karmione przez drugą osobę\*/ wymaga stosowania specjalnej diety\*, jakiej .....
3. rodzaj ograniczenia innych czynności (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych) .....  
.....
4. rodzaj i częstość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia  
.....  
.....  
.....
5. rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno – leczniczych wykonywanych w domu\*/ poza domem\*, w ciągu dnia\*/ tygodnia\*/ miesiąca\* .....  
.....  
.....
6. częstość wizyt lekarskich w domu\*/ poza domem\*, w tygodniu\*/ w miesiącu\* .....  
.....

## II. Sytuacja społeczna dziecka:

1. dziecko uczęszcza do: żłobka\*  
przedszkola ogólnodostępnego\*/ integracyjnego\*/ specjalnego\*  
szkoły ogólnodostępnej\*/ integracyjnej\*/ specjalnej\*/ oddziału integracyjnego\* / oddziału  
specjalnego\* / szkoły ogólnodostępnej z internatem\* / szkoły specjalnej z internatem\*/  
ośrodka szkolno-wychowawczego\*
2. w wymiarze..... godzin dziennie\*/ tygodniowo\*
3. nauczanie indywidualne TAK / NIE\* w domu / w szkole\*
4. dziecko korzysta\*/ nie korzysta ze świetlicy szkolnej\*, stołówki szkolnej

### Oświadczam, że:

1. składano\*/ nie składano\* uprzednio wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności  
nr sprawy....., data posiedzenia komisji ..... zaliczono/ nie zaliczono\*  
dziecko do osób niepełnosprawnych, jeżeli tak to orzeczenie wydano na okres  
do.....
2. dziecko może/ nie może\* przybyć na badanie przedmiotowe (jeżeli nie może, to należy  
dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału  
w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby),

### 3. Oświadczenie o miejscu pobytu stałego:

Pouczony/a o treści art. 25 ust.1 ustawy z dnia 24 września 2010r. o ewidencji ludności (Dz. U.  
z 2021r., poz. 510), zgodnie, z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej  
miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam,  
że miejscem pobytu stałego dziecka jest

.....

4. Oświadczam, że dziecko przebywa poza miejscem stałego zamieszkania z powodu

.....

.....

(wypełniają tylko osoby, które na pierwszej stronie wniosku podały inny adres pobytu niż  
stałego zameldowania).

5. W razie stwierdzonej przez Zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych,  
konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone  
zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia  
zdrowotnego, jestem świadomy wymogów ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6  
czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2022, poz. 1138t.j.) - kto, składając zeznanie mające służyć  
za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie  
ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 ms do 8  
lat potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania wniosku.

**Do wniosku należy załączyć:**

1. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności, które jest ważne 30 dni od daty wystawienia do dnia złożenia wniosku (§6 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności).
2. Karty informacyjne leczenia szpitalnego - kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem lub kopie i oryginały do wglądu,
3. Posiadane wyniki badań, takie jak m.in. opisy zdjęć RTG/ TK/ MRI, USG, EEG, EMG, EKG, ECHO serca, HbA1C, pole widzenia, ostrość wzroku lub inne w zależności od schorzeń.
4. Kartoteki – kopie potwierdzone za zgodność
5. Opinię lub orzeczenie z poradni psychologiczno pedagogicznej,
6. Opinię wychowawcy lub pedagoga.

W przypadku braku w/w dokumentów (jako materiałów dowodowych w sprawie o ustalenie stopnia niepełnosprawności lub niepełnosprawności) Przewodniczący Zespołu Orzekającego występuje do wnioskodawcy o ich uzupełnienie.

W przypadku posiadania dokumentacji medycznej powstałej w wyniku leczenia w innym kraju moc dowodową ma tłumaczenie tychże dokumentów przez tłumacza przysięgłego z danego na język polski.

.....  
podpis przedstawiciela ustawowego dziecka

\* - właściwe podkreślić/zakreślić

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych (RODO):**

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności oraz Starosta Bielski – Starostwo Powiatowe w Bielsku-Białej, z siedzibą w Bielsku-Białej przy ul. Piastowskiej 40.
2. Współadministratorem Pana/i danych przetwarzanych w systemie EKSMOoN jest Pełnomocnik Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych z siedzibą przy ul. Nowogrodzkiej 1/3/5, 00-513 Warszawa, e-mail: [sekretariat.bon@mriips.gov.pl](mailto:sekretariat.bon@mriips.gov.pl) oraz Minister Rodziny i Polityki Społecznej, z siedzibą przy ul. Nowogrodzkiej 1/3/5, 00-513 Warszawa, e-mail: [info@mriips.gov.pl](mailto:info@mriips.gov.pl).
3. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych: [iodpzon@powiat.bielsko.pl](mailto:iodpzon@powiat.bielsko.pl). Podane dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań publicznych w związku z obsługą spraw związanych z wydawaniem orzeczeń o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, legitymacji i kart parkingowych na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 roku w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności, ustawy z dnia 20 czerwca 1997 roku Prawo o ruchu drogowym, w ograniczonym zakresie również na podstawie Państwa zgody - według art. 6 ust. 1 lit. a) i c) oraz art. 9 ust. 2 lit. b) i h) RODO.
4. Dostęp do danych mają podmioty zewnętrzne świadczące usługi na rzecz Urzędu w zakresie niezbędnym do ich realizacji oraz podmioty uprawnione do dostępu do danych na podstawie przepisów prawa.
5. Zebrane dane będą przetwarzane do momentu wygaśnięcia podstawy prawnej przetwarzania z wyłączeniem celów statystycznych, archiwalnych i zabezpieczenia przyszłych roszczeń administratora danych.
6. Podanie danych osobowych w zakresie obowiązujących przepisów ustawowych jest obowiązkowe, w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
7. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje, w przypadkach określonych przepisami, prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, wniesienia skargi do organu nadzorczego oraz prawo do odwołania zgody na przetwarzanie danych podanych dobrowolnie w każdym czasie. Jednakże wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Szczegółowe informacje są dostępne w siedzibie Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Starostwie Powiatowym w Bielsku-Białej a także w Biuletynie Informacji Publicznej i na powiatowej stronie internetowej [www.powiat.bielsko.pl](http://www.powiat.bielsko.pl)

.....  
/pieczętka zakładu opieki zdrowotnej/

.....  
/miejscowość i data/

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia  
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

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

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim)

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

4. Ocena wyników leczenia, rokowania / trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy/, dalsze leczenie i rehabilitacja

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie

6. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych w załączeniu:

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

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

9. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? /rok/ .....

10. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?  
/rok/ .....

11. W/w pacjent wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji: **TAK / NIE** \*

12. W/w pacjent jest zdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności . **TAK/NIE** \*

.....

pieczętka i podpis lekarza

\* niewłaściwe skreślić

**Zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia do dnia złożenia wniosku !**

/Podstawa prawna: §6 pkt. 2 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności/