



**Sytuacja społeczna dziecka** (dotyczy osób pomiędzy 16 a 18 rokiem życia):

uczęszcza /  nie uczęszcza\* do placówki oświatowej (jakiej?) .....

**Stan cywilny:**\* panna/kawaler/zamężna/żonaty/rozwidziona/rozwidziony/wdowa/wdowiec/separowana/separowany

**Zdolność do samodzielnego funkcjonowania:**\*

wykonywanie czynności samoobsługowych:	<input type="checkbox"/> samodzielnie	<input type="checkbox"/> z pomocą	<input type="checkbox"/> konieczna opieka
poruszanie się:	<input type="checkbox"/> samodzielnie	<input type="checkbox"/> z pomocą	<input type="checkbox"/> konieczna opieka
prowadzenie gospodarstwa domowego:	<input type="checkbox"/> samodzielnie	<input type="checkbox"/> z pomocą	<input type="checkbox"/> konieczna opieka

**Sytuacja zawodowa:**

Wykształcenie:\* podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego / podstawowe / zasadnicze / średnie / wyższe /

Zawód wyuczony: ..... Aktualnie pracuję:\*\* TAK / NIE

Zajmowane stanowisko .....

**Oświadczenia:**

1. Składałem/am/ (nie składałem/am)\*\* wniosek w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w ..... (kserokopie wszystkich posiadanych orzeczeń - **aktualnych**) data ostatniej komisji ..... data ważności ostatniego orzeczenia .....

2. Oświadczam, że aktualnie toczy się\*\* / nie toczy się / w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznictwem, podać, jakim\*\*: **WZON we Wrocławiu, Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych.**

3. Oświadczam, że na posiedzenie składu orzekającego\*:

mogę przybyć samodzielnie lub z opiekunem,

nie mogę przybyć (w tym przypadku należy **załączyć zaświadczenie lekarskie** potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu obłożnej i długotrwałej choroby oraz wypełnioną kartę oceny stanu pacjenta - skala Barthel).

4. **W razie stwierdzenia przez skład orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza – jestem świadomy/a wymogu ponoszenia ich kosztów we własnym zakresie.**

5. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej (wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego) za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

6. Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z treścią klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych, dołączonej do niniejszego wniosku.

7. Zobowiązuję się powiadomić Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Świdnicy o każdej zmianie mojego adresu do momentu zakończenia postępowania - zgodnie z art. 41 kodeksu postępowania administracyjnego.

W załączeniu przedkładam wymagane dokumenty:

1. Oryginał ważnego zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia.
2. Kserokopię posiadanej dokumentacji medycznej potwierdzającej **aktualny** stan zdrowia.
3. Kserokopię ostatniego orzeczenia.

.....  
Czytelny podpis osoby zainteresowanej  
lub przedstawiciela ustawowego

**UWAGA !!!**

**Do wniosku należy załączyć:** oryginał zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wydanego nie wcześniej niż 30 dni przed złożeniem wniosku oraz kserokopie posiadanej dokumentacji medycznej - aktualnej - mogącej mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności i stopnia niepełnosprawności (**oryginały do wglądu w momencie składania wniosku**) i posiadanych aktualnych orzeczeń (ZUS, KRUS, KIZ, itp.).

\* właściwe podkreślić /zakreślić

\*\* niepotrzebne skreślić

Miejscowość i data .....

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imiona i nazwisko .....

Data urodzenia..... PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Numer i seria dokumentu tożsamości .....

Wzrost ..... Waga ..... RR ...../..... mmHg

Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

.....  
.....  
.....  
.....

Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji), stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby

.....  
.....  
.....

Choroby współistniejące

.....  
.....  
.....

Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje; czas trwania; pobyt w szpitalu, sanatorium

.....  
.....  
.....

Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

.....  
.....  
.....

Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

.....  
.....

Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie stanowiących załączniki do niniejszego zaświadczenia

.....  
.....

Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

.....  
.....

Jeśli pacjent nie posiada pełnej dokumentacji diagnostycznej potwierdzającej rozpoznanie i pozwalającej ocenić stopień zaawansowania zmian chorobowych proszę wskazać jakie badania są wtoku: .....

.....

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (data) .....

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

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

**TAK / NIE\***

Pacjent **wymaga /nie wymaga\*** opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

Czy u badanego nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia od czasu wydania poprzedniego zaświadczenia **TAK / NIE\***

W/w osoba **jest zdolna / nie jest zdolna\*** do osobistego stawiennictwa na posiedzenie składu orzekającego w siedzibie zespołu.

W przypadku **niemożności osobistego stawiennictwa** na posiedzenie zespołu orzekającego należy dokładnie określić przyczynę uzasadniającą orzekanie zaoczne\*\* (w przypadku braku merytorycznego uzasadnienia, wnioskodawca zostanie wezwany na posiedzenie składu orzekającego) oraz dołączyć wypełnioną kartę oceny stanu pacjenta wg skali **Barthel\*\*\***:

.....  
.....  
.....

### **UWAGA !**

**Zaoczne rozpatrywanie sprawy występuje jedynie w wyjątkowych przypadkach, jeżeli rozpoznana choroba jest długotrwała, nierokująca poprawy i powodująca całkowitą dysfunkcję fizyczną lub psychiczną osoby składającej wniosek (tj. osoba leżąca, osoba upośledzona umysłowo bez kontaktu słownego, osoba podłączona do respiratora, itp.).**

.....  
stempel i podpis lekarza  
wydającego zaświadczenie

\* niepotrzebne skreślić

\*\* wypełnić w przypadku niemożności przybycia osoby zainteresowanej na posiedzenie składu orzekającego

\*\*\* karta oceny stanu zdrowia pacjenta wg skali Barthel nie dotyczy dzieci do lat 16

## KARTA OCENY STANU PACJENTA WG ZMODYFIKOWANEJ SKALI BARTHEL

Imię i nazwisko pacjenta

.....

Adres zamieszkania

.....

PESEL .....

Lp.	NAZWA CZYNNOŚCI *	WARTOŚĆ PUNKTOWA **/
1.	<b>Spożywanie posiłków</b> 0= nie jest w stanie samodzielnie jeść lub przełykać, 5= potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym 10= samodzielny, niezależny	
2.	<b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie</b> 0= nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu oraz siedzeniu 5= przemieszcza się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może siedzieć 10= mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 15=samodzielny	
3.	<b>Utrzymanie higieny osobistej</b> 0= nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych 5=potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych	
4.	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> 0= nie korzysta w ogóle z toalety 5= potrzebuje lub częściowo potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety 10=samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu i zakładaniu części garderoby	
5.	<b>Mycie i kąpiel całego ciała</b> 0= kapany w wannie przy pomocy podnośnika 5= wymaga pomocy 10=samodzielny	
6.	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich</b> 0= w ogóle nie porusza się 5= porusza się na odległość do 50m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby 10= samodzielny, niezależny w poruszaniu się na odległość powyżej 50m, także w użyciu sprzętu wspomagającego	
7.	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach</b> 0= nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby 5= potrzebuje pomocy fizycznej asekuracji, przenoszenia 10= samodzielny	
8.	<b>Ubieranie się i rozbieranie</b> 0= potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby 5= potrzebuje częściowej pomocy innej osoby 10= samodzielny, niezależny (także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywanie sznurowadeł)	

9.	<b>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu</b> 0= nie panuje nad oddawaniem stolca 5= sporadycznie bezwiednie oddaje stolec 10= kontroluje oddawanie stolca	
10.	<b>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego</b> 0= nie panuje nad oddawaniem moczu 5= sporadycznie bezwiednie oddaje mocz 10= kontroluje oddawanie moczu	
<b>Łączna liczba punktów (wynik oceny) ***</b>		

Dodatkowe, inne niż wymienione wyżej, przesłanki świadczące o zakwalifikowaniu pacjenta do grupy osób niesamodzielnych tj. osób które ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
data, pieczęć, podpis lekarza  
lub pielęgniarki środowiskowej

- \* w punktach 1-10 należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić
- \*\* wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości
- \*\*\* w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów

.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)<sup>1</sup>

.....  
(miejscowość, data )

.....  
(nr PESEL)

## OŚWIADCZENIE

### o miejscu pobytu stałego

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. *o ewidencji ludności* (Dz.U. z 2022 r., poz. 1191 z póź. zm.), zgodnie z którym pobytym stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że moim miejscem pobytu stałego/ miejscem pobytu stałego dziecka/ miejscem pobytu stałego osoby w imieniu której składam wniosek<sup>2</sup> jest:

.....  
(adres miejsca pobytu stałego)

Oświadczam, że uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz.U. 2022 poz. 1138, ze zm.) - *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 miesięcy do lat 8* potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

.....  
(podpis)

<sup>1</sup> Osoba, której dotyczy wniosek o wydanie orzeczenia.

<sup>2</sup> Niepotrzebne skreślić.

## INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

W związku z realizacją wymogów 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 „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Państwa danych osobowych w Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności oraz o przysługujących Państwu prawach z tym związanych.

Nowe przepisy wymagają klarownego informowania i powiadomienia w jakim celu, czasie i zakresie używamy Państwa danych osobowych. Zachęcamy do przeczytania poniższej informacji:

1. Administratorem danych osobowych Pani/Pana lub dziecka jest Przewodniczący Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Świdnicy, będący członkiem Powiatowego Zespołu i jednocześnie pełniący wobec tego zespołu funkcję kierowniczą. Powiatowy Zespół w Świdnicy, zlokalizowany przy ul. Wałbrzyskiej 15, 58-100 Świdnica.
2. Jeśli mają Państwo pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Państwa danych osobowych, a także przysługujących Państwu uprawnień lub pragnęliby Państwo pozyskać kopie swoich danych osobowych lub skorzystać z innych praw Państwu przysługujących, prosimy o kontakt elektroniczny pod adresem e-mail: [iodo@powiat.swidnica.pl](mailto:iodo@powiat.swidnica.pl), bądź pisemnie na adres Powiatowego Zespołu, ul. Wałbrzyska 15, 58-100 Świdnica.
3. Inspektorem ochrony danych osobowych w Powiatowym Zespole jest pan Wojciech Chudziński, który wykonuje ww. obowiązki w siedzibie Powiatowego Zespołu w pokoju nr 9, kontakt tel.: 74 851-50-15.
4. Pani/Pana lub dziecka dane osobowe będą przetwarzane w celach rejestracji, analizy i załatwienia wpływających wniosków o ustalenie stopnia niepełnosprawności/ niepełnosprawności, wydania legitymacji osoby niepełnosprawnej i/lub karty parkingowej oraz w celu rozpatrzenia skarg na pracowników i członków Powiatowego Zespołu w Świdnicy.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych dotyczących Pani/Pana lub dziecka jest:
  - w przypadku ubiegania się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
  - w przypadku ubiegania się o wydania orzeczenia o wskazaniu do ulg i uprawnień Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
  - w przypadku ubiegania się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
  - w przypadku ubiegania się o wydanie legitymacji osoby niepełnosprawnej Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności,
  - w przypadku ubiegania się o wydania karty parkingowej Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie wzoru oraz trybu wydawania i zwrotu kart parkingowych
  - w przypadku skarg art. 254 Kodeksu postępowania administracyjnego;
  - art. 6 ust. 1 lit. e) RODO (przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi);
  - art. 9 ust. 2 lit. h) RODO (przetwarzanie szczególnej kategorii danych osobowych).
6. Pani/Pana lub dziecka dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcom innym niż organy publiczne, które otrzymują te dane w ramach konkretnego postępowania, zgodnie z obowiązującym prawem;
7. Okres przechowywania Pani/Pana lub dziecka danych osobowych wynika z Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych z dnia 18 stycznia 2011 r. oraz Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
8. Posiada Pani/Pan prawo żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania oraz ograniczenia przetwarzania;
9. Maja Państwo prawo wnieść skargę w związku z przetwarzaniem przez nas Państwa danych osobowych do organu nadzorczego, właściwego w sprawach ochrony danych osobowych. W Polsce jest nim Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Informacje adresowe:  
**Biuro Urzędu Ochrony Danych Osobowych**, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa. Nr tel. 22 531 03 00, fax. 22 531 03 01, adres e-mail: [kancelaria@uodo.gov.pl](mailto:kancelaria@uodo.gov.pl). Strona internetowa PUODO: [www.uodo.gov.pl](http://www.uodo.gov.pl).
10. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i ma Pani/Pan obowiązek podania ich w zakresie wynikającym z przepisów prawa;
11. Ograniczenie przetwarzania danych osobowych lub wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania uniemożliwia prowadzenie postępowania;
12. W przypadku wniesienia skargi na członków i/lub pracowników Powiatowego Zespołu w Świdnicy podanie danych osobowych jest dobrowolne, a w przypadku odmowy podania tych danych nie będzie możliwe rozpatrzenie skargi;



**Starając się o zaliczenie do osób niepełnosprawnych lub o przyznanie stopnia niepełnosprawności należy złożyć w PZON w Świdnicy (pok. nr 4) następujące dokumenty:**

4. **Wniosek** – dokładnie, czytelnie oraz kompletnie wypełniony,
2. **Aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia** wystawione przez lekarza prowadzącego (zaświadczenie ważne jest 30 dni od daty wystawienia przez lekarza),
3. **Kserokopię wszystkich aktualnych orzeczeń** - (PZON, WZON, Prawomocny Wyrok Sądu, ZUS, KRUS, KIZ),
4. **Kserokopię aktualnej dokumentacji medycznej** mogącej mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności (**oryginały do wglądu** w momencie składania wniosku),
5. **Kartę oceny stanu pacjenta wg skali Barthel** – ten druk składany jest wyłącznie w przypadku osób, które w zaświadczeniu lekarskim o stanie zdrowia mają zaznaczoną **niemożność osobistego stawiennictwa** na posiedzenie zespołu (komisja zaoczna),
6. **Oświadczenie o miejscu pobytu stałego** – wypełnione zgodnie ze stanem faktycznym.