



## **Oświadczam że:**

1. Pobieram/nie pobieram\* świadczenie z ubezpieczenia społecznego:  
renta/emerytura,\*  
od kiedy? .....
2. Posiadam/nie posiadam\* orzeczenie organu rentowego i zapoznałem się z możliwością skorzystania z uproszczonej procedury wynikającej z art. 5a ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019, poz. 1172, ze zm.), zgodnie z którym osoby posiadające ważne orzeczenie wydane przez organ rentowy mogą złożyć do zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności wnioski o wydanie orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień, od którego nie przysługuje odwołanie.
3. Składałem(am)/nie składałem(am)\* uprzednio wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności, jeżeli tak, to kiedy .....,  
z jakim skutkiem .....
4. Aktualnie toczy się/nie toczy się\* w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzecznym lub sądem powszechnym w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności (podać jakim): .....
5. Mogę samodzielnie / mogę z pomocą / nie mogę\* przybyć na posiedzenie składu orzekającego.
6. W razie stwierdzonej przez zespół 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.**
7. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, przewodniczący Zespołu 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.
8. **Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu pobytu do momentu zakończenia postępowania w sprawie Art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2018 r., poz. 2096 ze zm.).**  
§ 1. W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swego adresu.  
§ 2. W razie zaniedbania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.
9. **Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy**  
Art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. z 2018 r., poz. 1600 ze zm.).  
§ 1. 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 do lat 3.  
§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.
10. **Wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności jest autentyczna i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów**  
Art. 270 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. z 2018 r., poz. 1600 ze zm.).  
§ 1. Kto, w celu użycia za autentyczny, podrabia lub przerabia dokument lub takiego dokumentu jako autentycznego używa, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.  
§ 2. Tej samej karze podlega, kto wypełnia blankiet, zaopatrzone cudzym podpisem, niezgodnie z wolą podpisanego i na jego szkodę albo takiego dokumentu używa.

### **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

\*\* **wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych/ danych osobowych mojego dziecka/ danych osobowych mojego podopiecznego\* dla potrzeb niezbędnych do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/ o niepełnosprawności/ legitymacji osoby niepełnosprawnej/ karty parkingowej osoby niepełnosprawnej\*, zgodnie z art.6 ust.1. lit.a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.

- \* **właściwie podkreślić**  
 **zaznaczyć krzyżykiem \*\***

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

## **UWAGA !**

PRZY ORZEKANIU O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI BIERZE SIĘ POD UWAGĘ:  
ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE **WAŻNE 30 DNI OD CHWILI WYSTAWIENIA**, ZAWIERAJĄCE OPIS STANU ZDROWIA, ROZPOZNANIE CHOROBY ZASADNICZEJ I CHORÓB WSPÓŁISTNIEJĄCYCH, **POTWIERDZONE AKTUALNYMI WYNIKAMI BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH**, WYDANE PRZEZ LEKARZA, POD KTÓREGO OPIEKĄ ZNAJDUJE SIĘ OSOBA ZAINTERESOWANA **ORAZ INNE POSIADANE DOKUMENTY MOGĄCE MIEĆ WPLYW NA USTALENIE STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.**  
**PODSTAWA PRAWNA: § 3 pkt 2. rozp. Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. Dz. U. 2018 r. poz. 2027.**

## Ochrona danych osobowych – klauzula informacyjna

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych zwany dalej: RODO), uprzejmie informujemy, że:

1. Administratorem przetwarzanych danych osobowych jest **Miejski Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności, adres siedziby: ul. Grabowa 17, 26-600 Radom tel. 48 3609475;**
2. Administrator wyznaczył Inspektora danych osobowych, z którym możliwy jest kontakt pod adresem Miejski Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Radomiu, ul. Grabowa 17 lub elektronicznie e-mail: [iodmzon@mops.radom.pl](mailto:iodmzon@mops.radom.pl)
3. Pozyskiwanie danych osobowych oraz okres ich przetwarzania wynikają z przepisów prawa tj. 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych), Dz.U.UE.L.2016.119.1, m.in.:
  - *na podstawie wyrażonej zgody udzielonej każdorazowo w celach określonych w złożonych formularzach zgody, art. 6 ust. 1 lit. a RODO;*
  - *realizacji zawartej z Administratorem umowy na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO;*
  - *wypełniania obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze w związku z realizowaniem zadań przez Miejski Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Radomiu na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO;*
  - *przetwarzanie jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby fizycznej na podstawie art. 6 ust. 1 lit. d RODO;*

ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity (Dz.U. z 2018 r., poz. 511),

ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2018 poz. 217);

4. Gdy dane osobowe będą przetwarzane na podstawie wyrażonej przez Panią/Pana zgody na przetwarzanie danych osobowych, mają Państwo prawo cofnąć zgodę w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
5. Odbiorcą danych osobowych może być Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Radomiu ul. Limanowskiego 134, Wojewódzki Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Warszawie ul. Gen Wł. Andersa 30 jako organ II Instancji w trybie odwoławczym lub inne podmioty, którym administrator powierzy przetwarzanie danych osobowych na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające);
6. Administrator nie ma zamiaru przekazywania danych osobowych do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej;
7. Przysługuje Pani/Panu prawo do żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także żądania przenoszenia danych, które realizowane będą na zasadach określonych w rozdziale III RODO;
8. Przysługuje Pani/Panu również prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, który będzie mógł być zrealizowany na zasadach określonych w art. 21 RODO;
9. W trakcie przetwarzania danych osobowych żadne decyzje dotyczące Pani/Pana nie będą zapadać automatycznie oraz nie będą tworzone żadne profile, co oznacza, że nie będą podejmowane działania, o których mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO;
10. Przysługuje także Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (adres siedziby: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa);
11. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem wynikającym z przepisów ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i jest niezbędne do realizacji przedstawionego celu, w przypadku niepodania danych osobowych realizacja przedstawionego celu nie będzie możliwa.

**Oświadczam, że w dniu ..... zapoznałam/em się z wyżej przedstawionymi informacjami.**

.....  
(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
(PESEL)

## **OŚWIADCZENIE** o miejscu pobytu stałego

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2012 r. *o ewidencji ludności* (Dz. U. z 2018 r. poz. 1382.), zgodnie z którym pobytem 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>1</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. z 2018 r. , poz. 1600 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 do lat 3” potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe na dzień składania oświadczenia.

.....  
(podpis)

<sup>1</sup> niepotrzebne skreslić

---

### **WAŻNE INFORMACJE !**

Wraz z prawidłowo wypełnionym Wnioskiem o ustalenie stopnia niepełnosprawności należy złożyć:

- 1. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia** wydane przez lekarza prowadzącego/specjalistę, które **jest ważne 30 dni od daty wystawienia!**  
Niewłaściwie wypełnione zaświadczenie lekarskie np. brak daty wystawienia, nieczytelne zapisy lekarskie, brak podpisu lekarza, jego pieczęci, pieczęci zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej, nieautoryzowane poprawki na zaświadczeniu, pozostawienie rubryk bez wypełnienia stanowić będzie brak formalny. Zaświadczenie nieaktualne lub z ww. brakami spowoduje nieważność zaświadczenia i uniemożliwi wszczęcie postępowania.
- 2. Kserokopie kartotek (historie choroby) z przychodni specjalistycznych** – potwierdzone za zgodność z oryginałem przez lekarza prowadzącego lub upoważnionego pracownika przychodni.
- 3. Kserokopie innej dokumentacji medycznej** – potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez organ lub podmiot, który dokument wydał np. karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych właściwych dla danego schorzenia, opisy RTG, USG, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa, spirometria, EEG, audiogram itp.
- 4. Opinię psychologiczną** – w przypadku epilepsji lub gdy wnioskodawca/ dziecko jest pod opieką psychiatry lub psychologa. Opinia ważna jest dwa lata od wystawienia.
- 5. Badanie okulistyczne:** pole widzenia oraz ostrość wzroku.
- 6. Inne dokumenty** mogące mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności np. kserokopie orzeczeń wydanych przez inny organ – orzeczenie ZUS, KRUS, MSWiA, innych zespołów ds. orzekania o niepełnosprawności, oryginały do wglądu.

Wniosek o kontynuację orzeczenia **należy złożyć nie wcześniej niż 30 dni przed terminem wygaśnięcia jego ważności.**