

**WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA  
O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI  
(DOTYCZY OSÓB POWYŻEJ 16 ROKU ŻYCIA)**

Uwaga! Wniosek należy wypełnić czytelnie, pismem drukowanym, dużymi literami

Adnotacje urzędowe

**Przyczyna ubiegania się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności:**

Wnioskuje o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności:

- po raz pierwszy
- z powodu zmiany stanu zdrowia (dla osoby posiadającej ważne orzeczenie)
- ponowne wydanie orzeczenia w związku z wygaśnięciem terminu ważności poprzedniego orzeczenia nr:

[numer orzeczenia: .....]

(wypełniają osoby posiadające orzeczenie wydane na czas określony)

**UWAGA** – wniosek należy złożyć **nie wcześniej niż 2 miesiące przed utratą ważności** posiadanego orzeczenia (dzieci ubiegające się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, których ważność orzeczenia o niepełnosprawności uległa wygaśnięciu mogą złożyć wniosek **nie wcześniej, niż 3 miesiące przed utratą ważności**).

**Dane osobowe wnioskodawcy (osoby, której ma dotyczyć orzeczenie):**

Nazwisko i imię:

PESEL:

Data urodzenia:

Miejsce urodzenia:

Obywatelstwo:

Seria i numer dokumentu tożsamości:

Rodzaj dokumentu tożsamości (zaznaczyć „x” w odpowiednim polu):

- dowód osobisty  paszport  prawo jazdy

**Dane adresowe wnioskodawcy:**

**Adres zameldowania na pobyt stały:**

Kod pocztowy oraz miejscowość:

Ulica, numer domu, numer lokalu:

Numer telefonu, adres poczty elektronicznej (email) – podanie danych jest dobrowolne i służy wyłącznie do kontaktu w sprawach związanych z postępowaniem przed MZON:

**Adres pobytu** (należy wypełnić, jeżeli jest inny, niż adres zameldowania):

Kod pocztowy oraz miejscowość:

Ulica, numer domu, numer lokalu:

**Uwaga! Adres pobytu** należy wypełnić tylko wtedy, gdy jest inny niż adres zameldowania. **Prosimy o zapoznanie się z definicją adresu pobytu na potrzeby postępowania orzekającego** – 6 strona wniosku - pkt 7.

Pod ten adres będzie wysyłana korespondencja z MZON.

Jeżeli chce Pan/Pani, aby korespondencja była wysyłana pod inny adres, niż adres zameldowania, ale nie jest to adres pobytu, prosimy nie wypełniać tego pola i złożyć odrębne oświadczenie o adresie korespondencyjnym.

Jeżeli pobyt nie obejmuje obszaru Gliwic oraz powiatu Gliwickiego informuję, że **przebywam pod w/w adresem ze względów zdrowotnych lub rodzinnych od:** [data: .....].

Oświadczenia nie składają osoby bezdomne, przebywające w aresztach śledczych, zakładach karnych i poprawczych i schroniskach dla nieletnich, domach pomocy społecznej, ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów ustawy o pomocy społecznej.

### **Oświadczenie dotyczące obywateli Ukrainy**

**Oświadczam, że:**

- przebywam na terytorium RP na podstawie ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (posiadam nadany status „UKR”)
- przebywam na terytorium RP na podstawie innego zezwolenia (należy wypełnić dodatkowy dokument)

**Dane osobowe przedstawiciela ustawowego** (dotyczy osób od 16 do 18 roku życia lub sądownie ubezwłasnowolnionych, w przypadku wyznaczenia pełnomocnika do reprezentowania strony należy wypełnić odrębne oświadczenie):

Nazwisko i imię:

PESEL:

Data urodzenia:

Miejsce urodzenia:

Obywatelstwo:

Seria i numer dokumentu tożsamości:

Rodzaj dokumentu tożsamości (zaznaczyć „x” w odpowiednim polu):

- dowód osobisty  paszport  prawo jazdy

**Dane adresowe przedstawiciela ustawowego** (pod wskazany adres zostanie doręczona korespondencja):

**Adres zameldowania/pobytu przedstawiciela ustawowego:**

Kod pocztowy oraz miejscowość:

Ulica, numer domu, numer lokalu:

Numer telefonu – podanie danych jest dobrowolne i służy wyłącznie do kontaktu w sprawach związanych z postępowaniem przed MZON:

### **Cel wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla celów (zaznaczyć „x” w odpowiednim polu, należy wskazać minimum 1 cel, w tym określić cel podstawowy):

- odpowiedniego zatrudnienia **(1)**
- szkolenia **(2)**
- zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej **(3)**
- uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej **(4)**
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze **(5)**
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji (tj. usługi socjalne, opiekuńcze, terapeutyczne i rehabilitacyjne) **(6)**
- korzystania z uprawnień na podstawie art. 8 ust. 3a pkt 1 ustawy z dnia 20.06.1997 r. Prawo o ruchu drogowym - **karta parkingowa (7)**
- korzystania ze świadczeń pomocy społecznej (usługi opiekuńcze, socjalne, rehabilitacyjne) **(8)**
- uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego **(9)**
- uzyskania przez opiekuna świadczenia pielęgnacyjnego **(10)**
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju (dotyczy: „dodatku mieszkaniowego / energetycznego”) **(11)**
- uzyskania przez opiekuna urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze **(12)**
- korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów **(13)**
- innych [jakich: .....]

**Cel podstawowy** (należy obligatoryjnie określić cel podstawowy, tj. **jeden z wyżej wymienionych**)

**Dane dotyczące sytuacji społecznej i zawodowej** (zaznaczyć „x” w odpowiednim polu, wszystkie pola obligatoryjnie powinny zostać wypełnione)

#### **1) stan cywilny:**

- kawaler/panna
- żonaty/zamężna
- w separacji
- wdowiec/wdowa
- rozwiedziony/rozwiedziona

**2) wykonywanie czynności samoobsługowych** (higiena osobista, spożywanie, przygotowywanie posiłków, ubieranie się itp.):

- samodzielnie
- z pomocą
- opieka

**3) poruszanie się** (chodzenie, poruszanie się w domu i poza domem itp.):

- samodzielnie
- z pomocą
- opieka

**4) prowadzenie gospodarstwa domowego** (zakupy, gotowanie, sprzątanie itp.):

- samodzielnie
- z pomocą
- opieka

**5) wykształcenie:**

- wyższe
- średnie
- zasadnicze
- podstawowe
- podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego

**6) zawód wyuczony:** [należy wpisać zawód: .....]

**7) czy aktualnie wykonuje pracę:** TAK/NIE (*niepotrzebne skreślić*)

**8) zawód wykonywany:** [należy wpisać zawód: .....]

**9) korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego:**

- niezbędne
- wskazane
- zbędne

**10) proszę o wskazanie z jakiego sprzętu Pan/Pani korzysta** (*jeżeli „nie dotyczy” pole pozostaje puste*):

**Oświadczenie w sprawie pobieranych świadczeń, prowadzonych postępowań w sprawie wydania orzeczeń oraz możliwości przybycia na komisję orzekającą w siedzibie MZON.**

**Oświadczam, że:**

**1) pobieram świadczenie rentowe, świadczenia rodzinne:** TAK/NIE (*niepotrzebne skreślić*)

**2) nazwa pobieranego świadczenia z ubezpieczenia społecznego:**

- renta szkoleniowa
- renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy
- renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy
- renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i do samodzielnej egzystencji
- renta rolnicza z tytułu niezdolności do pracy
- renta rolnicza szkoleniowa
- wojskowa renta inwalidzka
- policyjna renta inwalidzka
- renta inwalidzka z powodu inwalidztwa I gr
- renta inwalidzka z powodu inwalidztwa II gr
- renta inwalidzka z powodu inwalidztwa III gr
- renta rodzinna
- emerytura

**3) nazwa pobieranych świadczeń rodzinnych:**

- zasiłek rodzinny (wraz z ewentualnymi dodatkami)
- zasiłek pielęgnacyjny
- świadczenie pielęgnacyjne

**4) aktualnie toczy się w mojej sprawie postępowanie przed innym organem orzeczniczym:**

- TAK: [jakim:.....]
- NIE

**5) składałem/am uprzednio wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności:**

- TAK [kiedy i z jakim skutkiem:.....]
- NIE

**6) mogę przybyć samodzielnie (lub z opiekunem) na posiedzenie składu orzekającego:**

- TAK
- NIE (**należy dołączyć zaświadczenie lekarskie** potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej, nie rokującej poprawy choroby).

**Pouczenia oraz oświadczenia w sprawie wniosku o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności oraz podpis**

Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja medyczna będzie niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności - Przewodniczący MZON Gliwice wzywa do jej uzupełnienia - z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym przez organ terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.

Oświadczam, iż dane zawarte we wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności są zgodne z prawdą.

Zobowiązuję się powiadomić Miejski Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Gliwicach o każdej zmianie mojego adresu do momentu zakończenia postępowania (zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego). W razie zaniedbania tego obowiązku – jestem świadomy/a, iż doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

Gliwice, dnia .....

**(własnoręczny podpis z imienia i nazwiska osoby wnioskującej,  
przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego)**

W przypadku, gdy stan zdrowia wyłącza możliwość złożenia podpisu – osoba niemogąca pisać, lecz mogąca czytać może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, obok którego inna osoba w obecności której dokonano ww. czynność prawną potwierdzi powyższe wpisując obok tego odcisku imię i nazwisko osoby zainteresowanej umieszczając jednocześnie swój podpis.

### **Informacje dodatkowe w sprawie ubiegania się o orzeczenie o stopniu niepełnosprawności**

1. składając wniosek należy okazać dokument potwierdzający tożsamość osoby zainteresowanej, wymieniony we wniosku,
2. do wniosku należy załączyć **kserokopie posiadanej dokumentacji medycznej** (potwierdzonej za zgodność z oryginałem):
  - a) karty informacyjne leczenia szpitalnego
  - b) wyniki badań diagnostycznych
  - c) opinie psychologiczne
  - d) kartotekę poradni prowadzącej
  - e) inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności
  - f) kserokopię posiadanych orzeczeń ZUS, KRUS, MSWiA, MON
3. **zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia** ważne jest przez **3 miesiące** od daty wystawienia
4. **wniosek o wydanie kolejnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności można złożyć nie wcześniej niż 2 miesiące przed upływem terminu jego ważności** (dzieci ubiegające się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, których ważność orzeczenia o niepełnosprawności ulega wygaśnięciu mogą złożyć wniosek nie wcześniej, niż 3 miesiące przed upływem jego terminu ważności).
5. jeżeli wniosek składa opiekun prawny, to należy załączyć postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego
6. właściwość miejscową zespołu orzekającego ustala się według **miejsca stałego pobytu** w rozumieniu przepisów ustawy o ewidencji ludności
7. właściwość miejscową zespołu orzekającego o niepełnosprawności ustala się według **miejsca pobytu** tylko i wyłącznie w przypadku osób:
  - a) *bezdomnych,*
  - b) *przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad 2 miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych*

- c) *przebywających w aresztach śledczych, zakładach karnych i poprawczych i schroniskach dla nieletnich*
- d) *przebywających w domach pomocy społecznej, ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów ustawy o pomocy społecznej*

### **Informacje dodatkowe:**

**Infolinia MZON:** 032 232 99 10

Informacja telefoniczna udzielana jest w godzinach od 7.30 do 14.00

### **Godziny przyjęć wniosków:**

44-100 Gliwice, ul. Bojkowska 20 (pokój nr 1 oraz pokój nr 4):

Poniedziałek: 11:00-16:30

Wtorek: „ustal termin”\*

Środa: „ustal termin”\*

Czwartek: 8:00-13:00

Piątek: 8:00-10:00

\*Termin wizyty w ramach usługi „ustal termin” można zarezerwować na stronie [opsgliwice.pl](http://opsgliwice.pl) (zakładka „umów się na wizytę”), za pośrednictwem infolinii (32 232 99 10) lub w punkcie informacyjnym.

## **Klauzula informacyjna dot. postępowania w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (RODO)**

Zgodnie z art 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz. Urz. UE L 2016, Nr 119, s.1; dalej: *ogólne rozporządzenie o ochronie danych* - RODO) informuję, iż:

### **Administratorem danych osobowych jest:**

Miejski Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Gliwicach, ul. Bojkowska 20, reprezentowanym przez Przewodniczącego Zespołu.

**Inspektor Ochrony Danych:** kontakt (adres e-mail): iod@ops.gliwice.eu

### **Cel i podstawa prawna przetwarzania danych:**

Prowadzenie postępowania administracyjnego w przedmiocie dotyczącym wydania **orzeczenia o stopniu niepełnosprawności** - podstawie art. 6 ust. 1 lit. c 2 RODO w związku z art. 6 b i art. 6 d ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. *o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2025 r., poz. 913)* .

### **Odbiorcy danych osobowych:**

Brak odbiorców. Dane osobowe nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim, nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej. Odbiorcami danych będą tylko podmioty upoważnione z mocy prawa; Dane osobowe powierzane są *Ministerstwu Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej ul. Nowogrodzka 1/3/5, 00-513 Warszawa*.

### **Okres przechowywania danych:**

Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania – Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres **50 lat** - co wynika z art. 2b ust. 8 ustawy o rehabilitacji.

### **Prawa osoby, której dane dotyczą:**

Prawo do żądania od Administratora dostępu do swoich danych, ich sprostowania, przeniesienia. Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy osoba uzna, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy *ogólnego rozporządzenia o ochronie danych*.

### **Pozostałe informacje:**

Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Osoba, której dane dotyczą jest zobowiązana do ich podania. Inne dane osobowe podane przez Państwa (tzn.: nie na podstawie obowiązującego przepisu prawa), są podawane dobrowolnie, jednakże brak ich podania skutkować może m.in. ograniczeń form komunikacji. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

**Zapoznałam/łem się z powyższymi informacjami i przyjmuję je do wiadomości.**

.....  
**(podpis osoby wnioskującej, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego)**