

Adnotacje urzędowe:

(pieczęć organu z datą wpływu podania)

Znak sprawy: MZON.710.1.....

Poprzedni znak sprawy: MZON.....

sprawdzono z dokumentem potwierdzającym tożsamość

sprawdzono w bazie ogólnopolskiej systemu EKSMOoN

wprowadzono do bazy systemu EKSMOoN

WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI¹

Wnoszę o (proszę wstawić wyłącznie JEDEN znak: „, ✖” w odpowiednie miejsce):

WYDANIE ORZECZENIA PO RAZ PIERWSZY (dotyczy osób nieubiegających się dotychczas o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)	
PONOWNE WYDANIE ORZECZENIA - W ZWIĄZKU Z ZAISTNIAŁĄ ZMIANĄ STANU ZDROWIA (dotyczy osób posiadających ważne [ostateczne i prawomocne] orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, która ubiega się o jego zmianę [w trakcie ważności poprzedniego orzeczenia])	
PONOWNE WYDANIE ORZECZENIA - W ZWIĄZKU Z UPŁYWEM WAŻNOŚCI POPRZEDNIEGO ORZECZENIA (dotyczy osób, u których ważność poprzedniego orzeczenia upłynęła lub upłynie w ciągu najbliższych 30 dni) ²	
PONOWNE WYDANIE ORZECZENIA - SKŁADAŁEM/AM UPRZEDNIO WNIOSEK O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI - BRAK STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (dotyczy osób ubiegających się o wydanie orzeczenia, które otrzymały decyzję o niezaliczeniu do osób niepełnosprawnych)	

DANE OSOBOWE OSOBY ZAINTERESOWANEJ

Imię (imiona) i nazwisko:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia: Obywatelstwo³:

Adres miejsca zameldowania (na pobyt stały)⁴:
(kod pocztowy; miejscowość; ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

Adres miejsca pobytu⁵:
(kod pocztowy; miejscowość; ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

Adres do korespondencji⁶:
(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):

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (należy wypełnić wyłącznie w przypadku, gdy osoba zainteresowana nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych [są to osoby niepełnoletnie lub ubezwłasnowolnione])

Imię (imiona) i nazwisko:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia: Obywatelstwo³:

Adres miejsca zameldowania (na pobyt stały)⁴:
(kod pocztowy; miejscowość; ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

Adres miejsca pobytu⁵:
(kod pocztowy; miejscowość; ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

Adres do korespondencji⁶:
(kod pocztowy; miejscowość; ulica/plac/aleja; nr budynku; nr lokalu)

Nazwa, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość⁷:

1 Dotyczy osób zainteresowanych powyżej 16-go roku życia;

2 Wniosek należy złożyć nie wcześniej niż na 30 dni przed upływem ważności posiadanego ostatecznego i prawomocnego orzeczenia;

3 Konieczność podania obywatelstwa dotyczy wyłącznie cudzoziemców nieposiadających numeru PESEL;

4 Pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania;

5 Adres miejsca pobytu należy podać wyłącznie w przypadku osób (właściwą rubrykę zaznaczyć stawiając w polu: wyłącznie jeden znak: „☒”):

1) bezdomnych,

2) przebywających poza miejscem stałego pobytu ponad dwa miesiące ze względów zdrowotnych lub rodzinnych,

3) przebywających w zakładach karnych i poprawczych,

4) przebywających w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

6 W przypadku zbieżności adresu korespondencyjnego z adresem miejsca stałego pobytu/pobytu należy wpisać skrót: „jw.” (UWAGA - gdy osoba zainteresowana działa poprzez przedstawiciela ustawowego – korespondencję doręcza się temu przedstawicielowi [na wskazany przez tą osobę adres do korespondencji]);

7 Dokumentami potwierdzającymi tożsamość są wyłącznie: dowód osobisty lub paszport.

Oświadczam, że (właściwą rubrykę zaznaczyć stawiając w polu: znak: „”):

- pobieram / nie pobieram:
 świadczenie rentowe: (należy wskazać nazwę pobieranego świadczenia:)
 emeryturę.
- Mogę (samodzielnie lub w towarzystwie osoby drugiej) / Nie mogę - przybyć na posiedzenie składu orzekającego. (w przypadku niemożności przybycia należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność uczestnictwa w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej, nierokującej poprawy choroby).
- Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja medyczna okaże się niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności - Przewodniczący MZON w Jaworznie wzywa do jej uzupełnienia - z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym przez organ terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
- Zobowiązuje się powiadomić - MZON w Jaworznie o każdej zmianie mojego adresu do momentu zakończenia postępowania - zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jedn. Dz. U. z 2021 r. poz. 735 z późn. zm.; dalej: k.p.a.). W razie zaniedbania tego obowiązku – **jestem świadomy/a** iż doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.
- Oświadczam, iż dane zawarte we wniosku w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności są zgodne z prawdą.

KLAUZULA INFORMACYJNA

Od 25 maja 2018 r. stosowane jest Rozporządzenie 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 osobowych). Nakazuje ono, aby podmiot decydujący o tym, w jaki sposób i w jakim celu przetwarzane są dane osobowe, czyli tzw. administrator, przekazał Państwu informacje niezbędne do zapewnienia rzetelności i przejrzystości przetwarzania danych osobowych. Administratorem Państwa danych osobowych (dalej jako: „Administrator”) jest MZON w Jaworznie z siedzibą przy ul. Łukasiewicza 7, 43-600 Jaworzno, tel.: (32) 762-91-98, tel. (32) 618-18-28, strona internetowa: www.mops.jaworzno.pl, e-mail: mzon@mops.jaworzno.pl We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych przez Administratora można uzyskać informację, kontaktując się z Inspektorem Ochrony Danych za pośrednictwem poczty elektronicznej: kinga@informatics.jaworzno.pl oraz listownie i osobiście pod adresem siedziby Administratora. Dane są przetwarzane w celu orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności, wskazaniach do ulg i uprawnień oraz wydawaniu legitymacji dokumentujących niepełnosprawność lub stopień niepełnosprawności. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa. Podane przez Państwa dane są przetwarzane w zakresie minimalnym na podstawie aktualnych przepisów prawa. Powierzenie danych odbywa się każdorazowo na mocy zawieranych umów powierzenia. Informujemy, iż mają Państwo prawo do: dostępu do treści swoich danych; sprostowania danych; usunięcia danych; o ile przepisy prawa nie stanowią inaczej; ograniczenia przetwarzania danych; przenoszenia danych; cofnięcia zgody w dowolnym momencie, gdy przetwarzanie danych odbywa się, w oparciu o wyrażoną zgodę - z zastrzeżeniem, że wycofanie tej zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych ze względu na szczególną sytuację; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku, gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.

.....
podpis osoby zainteresowanej⁸
i/lub przedstawiciela ustawowego⁹

W MOMENCIE SKŁADANIA WNIOSKU W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI NALEŻY DOŁĄCZYĆ NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY:

- 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 30 dni przed dniem złożenia wniosku;
- DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ** (*jest to np.: historia choroby / karty informacyjne leczenia szpitalnego / wyniki badań specjalistycznych*) w formie: wyciągów, odpisów, kopii (*kserokopie / skan*) lub wydruków. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. W przypadku posiadania niewiarygodnych kopii (*kserokopii*) dokumentacji medycznej – istnieje możliwość ich poświadczenia w Miejskim Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Jaworznie na potrzeby postępowania w sprawie wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności przy czym należy przedstawić (*do wglądu*) oryginały tych dokumentów oraz ich kopie (*kserokopie*). Zgodnie bowiem z art. 76a § 2b zdanie pierwsze k.p.a. - upoważniony pracownik organu prowadzącego postępowanie, któremu został okazany oryginał dokumentu wraz z odpisem, na żądanie strony, poświadcza zgodność odpisu dokumentu z oryginałem;
- INNE DOKUMENTY MOGĄCE MIEĆ WPŁYW NA USTALENIE STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** (*np.: orzeczenia organów rentowych*).
- W PRZYPADKU ZŁOŻENIA WNIOSKU PRZEZ PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO** – należy przedstawić dokument potwierdzający fakt jego ustanowienia.
- W PRZYPADKU WYSTĄPIENIA Z WNIOSKIEM O WYDANIE ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PRZEZ OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ LUB (W PRZYPADKU**

⁸ W przypadku niemożności złożenia 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 orazłoży 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 z województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać;

⁹ W przypadku osób zainteresowanych niepełnoletnich – reprezentowanych przez przedstawiciela ustawowego – ze względu na konieczność przeprowadzenia badania lekarskiego wymagany jest podpis: osoby zainteresowanej oraz przedstawiciela ustawowego tej osoby.

PRZEKSZTAŁCENIA OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ PRZEZ CENTRUM USŁUG SPOŁECZNYCH – należy załączyć pisemną zgodę osoby zainteresowanej (*lub przedstawiciela ustawowego*), której wniosek dotyczy.

6. **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.

<u>GODZINY OBSŁUGI INTERESANTÓW</u> <i>(ul. Łukasiewicza 7; 43-600 Jaworzno):</i>		Numer telefonu do MZON w Jaworznie
PONIEDZIAŁEK	NIECZYNNE	(32) 618-18-28 lub (32) 762-91-98
WTOREK	08:00 – 14:00	
ŚRODA	08:00 – 14:00	
CZWARTEK	09:00 – 16:00	
PIĄTEK	08:00 – 13:00	