

## WYPEŁNIA ORGAN

Znak sprawy:

ON.8321.4.....2023

Data wpływu:

miejsce na  
fotografię  
o wymiarach  
35x45 mm  
w formacie  
jak do dowodu  
osobistego

## Wniosek o wydanie legitymacji osoby niepełnosprawnej

## WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

Nazwa organu *Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Nowej Soli*

## DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Imię	Nazwisko
Numer PESEL	Nazwa, numer i seria dokumentu tożsamości
Data i miejsce urodzenia	Numer telefonu (o ile posiada)

Numer i data wydania ostatniego prawomocnego orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność (dołączyć dokument do wglądu)

## ADRES ZAMELDOWANIA

Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta
Ulica	Nr domu / Nr lokalu	

## ADRES DO KORESPONDENCJI (wypełnić w przypadku, kiedy jest inny niż adres zameldowania)

Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta
Ulica	Nr domu / Nr lokalu	

## DANE I ADRES WNIOSKODAWCY (Rodzic, opiekun prawny/pełnomocnik/osoba upoważniona do złożenia wniosku)

Imię	Nazwisko	
Numer PESEL	Nazwa, numer i seria dokumentu tożsamości	
Miejscowość	Kod pocztowy	24. Poczta
Ulica	Nr domu / Nr lokalu	
Numer telefonu (o ile posiada)		

## OŚWIADCZAM, ŻE (właściwe zaznaczyć znakiem "X"):

1) sprawuję władzę rodzicielską nad osobą niepełnosprawną, która jest uprawniona do uzyskania legitymacji osoby niepełnosprawnej	
2) sprawuję opiekę nad osobą niepełnosprawną, która jest uprawniona do uzyskania legitymacji osoby niepełnosprawnej	
3) sprawuję kuratelę nad osobą niepełnosprawną, która jest uprawniona do uzyskania legitymacji osoby niepełnosprawnej	
4) dane podane we wniosku są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym	
5) wnioskuję o umieszczenie na legitymacji stopnia niepełnosprawności	
6) wnioskuję o umieszczenie na legitymacji symbolu przyczyny niepełnosprawności	
7) upoważnam do odbioru legitymacji:	
....., nr PESEL .....	Imię i nazwisko

.....  
(data i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do jego reprezentowania albo adnotacja o braku możliwości złożenia podpisu)

### III. CZĘŚĆ C – ODBIÓR LEGITYMACJI

Legitymację otrzymałem/otrzymałam:

Oświadczam, że (właściwie zaznaczyć znakiem "X"):

1) posiadam pełnomocnictwo/upoważnienie 1 do odbioru legitymacji osoby niepełnosprawnej oraz, że dysponuję informacjami na temat przetwarzania moich danych osobowych w zakresie wskazanym w art. 14 rozporządzenia Parlamentu i Rady (UE) 2016/679

2) sprawuję władzę rodzicielską/opiekę/kuratelę 1 nad osobą niepełnosprawną uprawnioną do uzyskania legitymacji osoby niepełnosprawnej oraz, że dysponuję informacjami na temat przetwarzania moich danych osobowych w zakresie wskazanym w art. 14 rozporządzenia parlamentu i Rady (UE) 2016/679

.....  
(data i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do jego reprezentowania albo adnotacja o braku możliwości złożenia podpisu)

**Legitymacja jest bezpłatna. Opłata pobierana jest wyłącznie za wydanie duplikatu\* dokumentu.**

W przypadku wnioskowania o wydanie duplikatu legitymacji należy dołączyć dowód uiszczenia opłaty w wysokości 15 zł. Wpłaty należy dokonać na

**nr konta Powiatu Nowosolskiego: 45 1600 1462 1743 4451 7000 0004.**

\* - Jeśli osoba posiada wydaną wcześniej "papierową" legitymację, która nie utraciła ważności, to "nowa" legitymacja nie jest jej duplikatem i nie ma konieczności uiszczenia opłaty za jej wydanie.

#### WYJAŚNIENIA

W przypadku posiadania więcej niż jednego prawomocnego orzeczenia należy podać numer ostatniego prawomocnego orzeczenia. Legitymacja wydawana jest na podstawie ostatniego prawomocnego orzeczenia.

Fotografia o wymiarach 35 mm x 45 mm, odzwierciedlająca aktualny wizerunek osoby, której wniosek dotyczy, przedstawiająca tę osobę bez nakrycia głowy i okularów z ciemnymi szklami. Osoba z wrodzonymi lub nabytymi wadami narządu wzroku może dołączyć do wniosku fotografię przedstawiającą ją w okularach z ciemnymi szklami, a osoba nosząca nakrycie głowy zgodnie z zasadami swojego wyznania – fotografię przedstawiającą osobę z nakryciem głowy, pod warunkiem, że fotografia taka jest zamieszczona w dokumencie potwierdzającym tożsamość tej osoby

Umieszczenie na legitymacji symbolu przyczyny niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności może warunkować przyznanie określonych odrębnymi przepisami ulg lub uprawnień.

#### KLAUZULA INFORMACYJNA RODO

Administratorem Danych osobowych jest Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności Dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w celu wypełniania obowiązków prawnych ciążących na administratorze. Pozostałe informacje dotyczące zasad przetwarzania danych osobowych i praw osób, których dane dotyczą dostępne są w Klauzuli informacyjnej dot. przetwarzania danych osobowych zamieszczonej na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Powiatu Nowosolskiego pod adresem: <https://bip.powiat-nowosolski.pl/procedury/12/wydzial/4/>