

**WZÓR LEGITYMACJI DOKUMENTUJĄCEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ**

**Strona 1**

POWIATOWY (MIEJSKI) ZESPÓŁ  
DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI  
w.....  
**LEGITYMACJA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ,  
KTÓRA NIE UKOŃCZYŁA 16 ROKU ŻYCIA**

Nr.....

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

.....  
(adres zamieszkania dziecka)

.....  
(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego)

.....  
(podpis przedstawiciela ustawowego)

**Strona 2**

Niepełnosprawność orzeczona:  
do dnia.....  
Symbol przyczyny niepełnosprawności \* .....

Legitymacja ważna do dnia .....

Legitymacja upoważnia do korzystania  
z ulg i uprawnień

mp.

.....  
(data, pieczęć starosty i podpis)

\* Wpisuje się na wniosek przedstawiciela ustawowego  
dziecka.

**Opis wzoru legitymacji:**

1. Format legitymacji: 80 mm szerokość, 105 mm długość.
2. Kolor: legitymacja koloru białego, napisy w kolorze czarnym.
3. Na drugiej stronie legitymacji pieczęć okrągła organu wystawiającego legitymację.

(opublikowana w Dz. U. z 2003r. Nr 139, poz. 1328)

**WZÓR LEGITYMACJI DOKUMENTUJĄCEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ**

Strona 1	Strona 2
<p>POWŁATOWY (MIEJSKI) ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI w .....</p> <p>LEGITYMACJA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓRA NIE UKOŃCZYŁA 16 ROKU ŻYCIA</p> <p>Nr.....</p> <p>..... (imię i nazwisko dziecka)</p> <p>..... (adres zamieszkania dziecka)</p> <p>..... (imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego)</p> <p>..... (podpis przedstawiciela ustawowego)</p>	<p>Niepełnosprawność orzeczona: do dnia.....</p> <p>Legitymacja ważna: do dnia.....</p> <p>Legitymacja upoważnia do korzystania z ulg i uprawnień</p> <p>mp.</p> <p>..... (data, pieczęć starosty i podpis)</p>

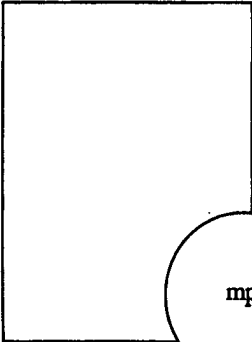
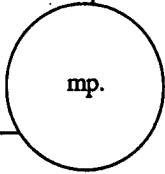
**Opis wzoru legitymacji:**

1. Format legitymacji: 80 mm szerokość, 105 mm długość.
2. Kolor: legitymacja koloru białego, napisy w kolorze czarnym.
3. Na drugiej stronie legitymacji pieczęć okrągła organu wystawiającego legitymację.

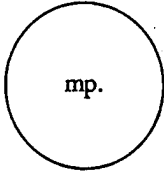
(opublikowana w Dz. U. z 2002r. Nr 66, poz. 604)

## WZÓR LEGITYMACJI DOKUMENTUJĄCEJ STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Strona 1

<b>POWIATOWY (MIEJSKI) ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b> w..... <b>LEGITYMACJA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ</b>	
	Nr.....
	
..... (podpis posiadacza legitymacji)	
..... (imię i nazwisko)	
..... (adres zamieszkania)	

Strona 2

Stoień niepełnosprawności: .....	
na stałe/do dnia* .....	
Symbol przyczyny niepełnosprawności ** .....	
Legitymacja ważna na stałe/do dnia* .....	
<b>Legitymacja upoważnia do korzystania z ulg i uprawnień</b>	
	
..... (data, pieczęć starosty i podpis)	
* Niepotrzebne skreślić. ** Wpisuj się na wniosek osoby zainteresowanej.	

### Opis wzoru legitymacji:

1. Format legitymacji: 80 mm szerokość, 105 mm długość.
2. Zdjęcie o wymiarach: 35 mm x 45 mm, ostemplowane pieczęcią okrągłą, mokrą, o średnicy 20 mm, z godłem w części środkowej, w otoczkę napis: „Powiatowy (Miejski) Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w .....”.
3. Kolor: legitymacja koloru białego, napisy w kolorze czarnym.
4. Na drugiej stronie legitymacji pieczęć okrągła organu wystawiającego legitymację.

(opublikowana w Dz. U. z 2003r. Nr 139, poz. 1328)

## WZÓR LEGITYMACJI DOKUMENTUJĄCEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

Strona 1

<b>POWIATOWY (MIEJSKI) ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b>	
w.....	
<b>LEGITYMACJA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ</b>	
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"><div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 80%; margin: 5px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20%; height: 20%; border-radius: 50%; margin-left: 5px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">mp.</div></div>	Nr.....
..... (podpis posiadacza legitymacji)	
..... (imię i nazwisko)	
..... (adres zamieszkania)	

Strona 2

Stopień niepełnosprawności: .....	
na stałe/do dnia* .....	
Legitymacja ważna na stałe /do dnia* .....	
<b>Legitymacja upoważnia do korzystania z ulg i uprawnień</b>	
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"><div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 80%; border-radius: 50%; margin: 5px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">mp.</div></div>	..... (data, pieczęć starosty i podpis)
* Niepotrzebne skreślić	

### Opis wzoru legitymacji:

1. Format legitymacji: 80 mm szerokość, 105 mm długość.
2. Zdjęcie o wymiarach: 35 mm x 45 mm, ostemplowane pieczęcią okrągłą, moką, o średnicy 20 mm, z godłem w części środkowej, w otoczce napis: „Powiatowy (Miejski) Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w .....”.
3. Kolor: legitymacja koloru białego, napisy w kolorze czarnym.
4. Na drugiej stronie legitymacji pieczęć okrągłą organu wystawiającego legitymację.

(opublikowana w Dz. U. z 2002r. Nr 66, poz. 604)

## WZÓR LEGITYMACJI DOKUMENTUJĄCEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

<p>POWIATOWY ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W .....</p> <p><b>LEGITYMACJA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ</b></p> <p>Nr .....</p> <p>mp.</p> <p>Podpis właściciela: .....</p> <p>..... (imię i nazwisko)</p> <p>..... (adres zamieszkania)</p>	<p>Stopień niepełnosprawności: .....</p> <p>na stałe/do dnia*: .....</p> <p>Legitymacja ważna na stałe/do dnia*: .....</p> <p>Legitymacja upoważnienia do korzystania z ulg i uprawnień.</p> <p>mp.</p> <p>..... (data, pieczęć starosty i podpis)</p> <p>* Niepotrzebne skreślić.</p>
---	--

### Opis wzoru legitymacji:

1. Format legitymacji: 80 mm szerokość, 105 mm długość.
2. Zdjęcie o wymiarach: 35 mm x 45 mm, ostemplowane pieczęcią okrągłą, moką, o średnicy 20 mm, z godłem, w części środkowej w otoczce napis: "Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności w ....."
3. Kolor: legitymacja koloru białego, napisy w kolorze czarnym.
4. Na drugiej stronie legitymacji pieczęć okrągła organu wystawiającego legitymację.

**WZÓR LEGITYMACJI OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Strona 1

Strona 2

POWIATOWY ZESPÓŁ DO SPRAW  
ORZEKANIA O STOPNIU  
NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI w .....

LEGITYMACJA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Nr .....

mp.

Podpis właściciela: .....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(data urodzenia)

.....  
(adres zamieszkania)

Stopień niepełnosprawności .....

na stałe/do dnia\* .....

Legitymacja ważna na stałe/do dnia\*  
.....

Legitymacja upoważnia do korzystania  
z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych  
przepisów.

mp.

.....  
(pieczęć organu wystawiającego  
i podpis oraz data)

\* Niepotrzebne skreślić

Opis wzoru legitymacji:

Format legitymacji: 80 mm szerokość, 105 mm długość.

Zdjęcie o wymiarach: 35 mm x 45 mm, ostemplowane pieczęcią okrągłą, mokrą, o średnicy 20 mm, z godłem, w części środkowej w otoczce napis: „Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności w .....”

Kolor:

- dla osób o wszystkich stopniach niepełnosprawności z powodu narządu wzroku: legitymacja koloru zielonego, napisy w kolorze czarnym,
- dla osób o pozostałych przyczynach niepełnosprawności wszystkich stopni: legitymacja w kolorze białym, napisy w kolorze czarnym.

Na drugiej stronie legitymacji pieczęć okrągła organu wystawiającego legitymację.

*(opublikowana w Dz. U. z 1999r. Nr 9, poz. 82)*

## WZÓR LEGITYMACJI OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

(strona czołowa)

<b>Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności</b>	
w .....	Fotografia właściciela Legitymacji
<b>LEGITYMACJA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ</b> <b>Nr .....</b>	
..... /imię i nazwisko/	
..... /podpis/	

(strona odwrotna)

<b>Na podstawie art. 2a ustawy z dnia 9 maja 1991 r. o zatrudnianiu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 46 poz. 201 z późn. zm.), Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności w ..... na posiedzeniu w dniu ..... wydał orzeczenie o stopniu niepełnosprawności i na podstawie wydanego orze- czenia zaliczył Pana /ią/ ..... urodzonego /ą/ w dniu ..... w ..... legitymującego /ą/ się dokumentem stwierdzającym tożsamość .....</b>	
..... /nazwa dokumentu – numer – seria/	
<b>do osób z ..... stopniem niepełnosprawności na stałe*/ okresowo*/ tj. do dnia ..... Legitymacja traci ważność po okresie, na który wydano orzeczenie o niepełnosprawności.</b>	
....., dnia .....	..... podpis przewodniczącego zespołu
*/ niepotrzebne skreślić	

Legitymacje wydane przed 28 lipca 2003r. zachowują ważność na czas w nich określony.

## WZÓR WYPISU Z TREŚCI ORZECZENIA KIZ

Obwodowa  
Wojewódzka KOMISJA LEKARSKA DO SPRAW INWALIDZTWA I ZATRUDNIENIA NR ..... w .....

Nr akt .....

**Wypis z treści orzeczenia z dnia ..... r.**

W wyniku rozpatrzenia sprawy Pana(i) ..... ur. dnia .....

zam. ....

Komisja w oparciu o obowiązujące przepisy postanawia:

- A. Uznać, że brak jest podstaw do zaliczenia Pana(i) do jednej z grup inwalidów.\*
- B. 1. Uznać, że brak jest podstaw do ustalenia uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.\*
  - 2. Uznać, że Pan(i) spełnia warunki niezbędne do uzyskania świadczenia rehabilitacyjnego\* na .....  
miesiące, licząc od daty wyczerpania zasiłków chorobowych.
  - 3. Uznać, że świadczenie rehabilitacyjne pozostaje w związku z wypadkiem przy pracy-wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy-chorobą zawodową\*
- C. 1. Zaliczyć Pana(i) do ..... grupy inwalidów z ogólnego stanu zdrowia.
  - 2. Zaliczyć Pana(i) do ..... grupy inwalidów w związku z .....
  - 3. Zaliczyć Pana(i) do ..... grupy inwalidów w związku z .....
- 4. Uznać, że inwalidztwo ..... grupy jest spowodowane stanem narządu .....
- 5. Uznać, że inwalidztwo istnieje od ..... i w czasie zatrudnienia uległo-nie uległo\* poprawie-istotnemu pogorszeniu\*.

ZUS N-8 — Wypis z treści orzeczenia KIZ

(strona czołowa)



6. Inwalidztwo jest trwale-czasowe\*. Termin badania kontrolnego .....

7. Ustalić: a) wskazania do zatrudnienia .....

b) przeciwwskazania do zatrudnienia .....

UZASADNIENIE ORZECZENIA

POUCZENIE

\* Od orzeczenia obwodowej komisji lekarskiej przysługuje Panu(i) prawo wniesienia odwołania do wojewódzkiej komisji lekarskiej do spraw inwalidztwa i zatrudnienia w ..... w terminie 14 dni od daty otrzymania. Odwołanie można wnieść ustnie lub pisemnie za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Oddział w .....

Prawo podniesienia zarzutu wadliwości niniejszego orzeczenia obwodowej komisji lekarskiej przysługuje w terminie 14 dni od daty wydania orzeczenia lekarzowi-wojewódzkiemu inspektorowi orzecznictwa inwalidzkiego.

O fakcie podniesienia zarzutu wadliwości orzeczenia Pan(i) zostanie powiadomiony(a) osobnym pismem.

Jeżeli w przepisany terminie Pan(i) nie wnieśli odwołania, a lekarz-wojewódzki inspektor nie podniesie zarzutu wadliwości, orzeczenie obwodowej komisji lekarskiej staje się prawomocne.

**\* Od orzeczenia wojewódzkiej komisji lekarskiej odwołanie nie przysługuje.**

\* niepotrzebne skreślić

PRZEWODNICZĄCY KOMISJI

.....  
(pieczęć i podpis)

ZUS N-8

(strona odwrotna)

**WYPISU Z TREŚCI ORZECZENIA KOMISJI LEKARSKIEJ PODLEGŁEJ  
SZEFOEI AGENCJI BEZPIECZEŃSTWA LUB SZEFOEI AGENCJI WYWIADU**

.....  
(pieczęć nagłówkowa komisji lekarskiej)

.....  
(miejsowość i data)

**WYPIS Z TREŚCI ORZECZENIA NR ..... / .....**  
**..... KOMISJI LEKARSKIEJ Nr<sup>1</sup> ... AGENCJI .....**  
**w .....**

W sprawie Pana(i): ..... data urodzenia: .....  
adres zamieszkania: .....  
orzeczeniem ..... Komisji Lekarskiej nr<sup>1</sup>... AGENCJI .....  
w ..... stwierdzono, co następuje:

1. Stopień zdolności do służby: .....  
Badany jest zdolny\* — częściowo niezdolny\* — całkowicie niezdolny\* do pracy.
2. Związek schorzeń (niezdolności do służby) ze służbą: istnieje\* — nie istnieje\*.
3. Nie stwierdzono podstaw do zaliczenia badanego do jednej z grup inwalidztwa\* — zalicza się badanego do ..... grupy inwalidztwa\*.
4. Inwalidztwo pozostaje\* — nie pozostaje\* w związku ze służbą.
5. Inwalidztwo pozostaje\* — nie pozostaje\* w związku z chorobą\* — wypadkiem\* pozostającą(ym)\* w związku ze szczególnymi właściwościami lub warunkami służby.
6. Zalicza się badanego do ..... grupy inwalidztwa z tytułu schorzeń narządów ruchu\* — wzroku\* — słuchu\*.
7. Badany wymaga\* — nie wymaga\* opieki innej osoby.
8. Inwalidztwo istnieje od: .....
9. Inwalidztwo jest trwałe\* — okresowe\*; termin badania kontrolnego\*: .....

.....  
\* Niepotrzebne skreślić.

mp.

Przewodniczący komisji lekarskiej:

.....  
(imienna pieczętka i podpis)

.....  
<sup>1</sup> Nr wpisuje właściwa regionalna komisja lekarska.

(opublikowany w Dz. U. z 2004r. Nr 87, poz. 817)

**Wzór WYPIS Z TREŚCI ORZECZENIA LEKARZA ORZECZNIKA ZUS**

Pieczęć ZUS

Nr akt .....

**Wypis z treści orzeczenia lekarza orzecznika ZUS**

Zaświadcza się, że Pan(i) ..... ur. ....

zam. ....

orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS z dnia ..... został(a) uznany(a) za:

– całkowicie\* – częściowo niezdolnego(a) do pracy\*,

– niezdolnego(a) do samodzielnej egzystencji\*,

trwale\* – okresowo\* do .....

Niezdolność do samodzielnej egzystencji\* – całkowita\* – częściowa niezdolność do pracy\* została spowodowana stanem narządu .....

.....  
data sporządzenia

.....  
podpis i pieczęć lekarza orzecznika

\* niepotrzebne skreślić

N-22 Wypis z treści orzeczenia lekarza orzecznika ZUS