

Fundacja Forani
Obudź w sobie Anioła...



WWW.FUNDACJAFORANI.ORG

INFORMATOR POWYPADKOWY FUNDACJI FORANI

2017

Fundacja Forani
ul. Marszałkowska 1,
00-624 Warszawa
wypadek@fundacjaforani.org
22 102 16 16

Bezpłatna, elektroniczna broszura powstała w ramach projektu dofinansowanego z Programu Fundusz Inicjatyw Obywatelskich.



Spis treści

Spis treści

SPIS TREŚCI.....	2
WSTĘP.....	6
1. LECZENIE	8
1.1 KONSULTACJA	11
1.2 DOKUMENTACJA MEDYCZNA	11
1.3 ZASADY FINANSOWANIA.....	14
1.4 LECZENIE U SPECJALISTY	14
1.5. KROK PO KROKU - JAK REALIZOWAĆ ZLECENIE NA ŚRODKI POMOCNICZE I ORTOPEDYCZNE?.....	16
1.6 LECZENIE SZPITALNE.....	17
1.7 PRAWA PACJENTA	18
1.8 DZIECKO U LEKARZA	20
1.9 TRANSPORT SANITARNY	21
2. REHABILITACJA	25
2.1 RODZAJE REHABILITACJI	25
2.2 CZYM JEST LECZENIE UZDROWISKOWE?	27
2.3 CZAS TRWANIA LECZENIA UZDROWISKOWEGO	27
2.4 SKIEROWANIE	28
2.5 LISTA UZDROWISK (RODZAJE/PROFILE)	29
2.6 USŁUGI OPIEKUŃCZE	33
2.7 TURNUSY REHABILITACYJNE	33
2.8 OPIEKA DŁUGOTERMINOWA.....	34
2.9 ŚWIADCZENIA REALIZOWANE W WARUNKACH STACJONARNYCH.....	34
2.10 PRZEPUSTKA	35

2.11 ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNE I OPIEKUŃCZE REALIZOWANE W WARUNKACH DOMOWYCH	35
2.12 ODPLATNOŚĆ ZA POBYT W SANATORIUM	37
3. POWRÓT DO SIEBIE.....	40
3.1 JAK MOŻESZ SIEBIE WESPRZEĆ PO WYPADKU?	40
3.2 JAK MOŻESZ WESPRZEĆ OSOBĘ BLISKĄ PO WYPADKU?	40
3.3 CZYM JEST PTSD I JAK JE LECZYĆ?	41
4. ULGI I UPRAWNIENIA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ.....	43
4.1 KOMUNIKACJA MIEJSKA	43
4.2 ULGI POCZTOWE.....	43
4.3 ULGA W OPŁACIE ZA PASZPORT I DOWÓD OSOBISTY.....	43
4.4 ULGI PODATKOWE DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH	44
4.5 ULGI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W PRZEJAZDACH PKP I PKS.....	47
4.6 RTV	48
5. ŚWIADCZENIA	49
5.1 RENTA Z TYTUŁU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY	49
5.1.1 Warunki nabycia prawa do renty	49
5.1.2 Pojęcie niezdolności do pracy.....	51
5.1.3 Rodzaje renty z tytułu niezdolności do pracy.....	51
5.1.4 Staż uprawniający do renty.....	52
5.1.5 Powstanie i ustanie prawa do renty.....	54
5.1.6 Wysokość renty	54
5.1.7 Zawieszenie i zmniejszenie renty	54
5.1.8 Tryb postępowania o przyznanie renty.....	56
5.1.9 Wypłata renty	57
5.1.10 O czym osoby pobierające rentę powinny powiadomić ZUS	57
5.2 RENTA SOCJALNA	58
5.2.1 Komu przysługuje renta socjalna	58
5.2.2 Kiedy nie przysługuje renta socjalna?.....	59
5.2.3 Wysokość renty	60
5.2.4 Zawieszenie prawa do renty.....	60

5.2.5	Postępowanie w sprawie przyznania renty	62
5.2.6	Sposób wypłaty renty	63
5.2.7	O czym osoby pobierające rentę powinny powiadomić ZUS	63
5.3	Środki odwoławcze	64
6.	ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	68
6.1.	ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DLA CELÓW POZARENTOWYCH	68
6.2	ORZECZNICTWO W POWIATOWYM CENTRUM POMOCY RODZINIE.....	68
6.3	TERMIN ROZPATRZENIA WNIOSKU	71
6.4	BADANIA, DOKUMENTACJA MEDYCZNA.....	71
7.	UPRAWNIENIA PRACOWNICZE OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ	73
7.1	DODATKOWE UPRAWNIENIA.....	73
7.2	CZAS PRACY	73
7.3	PRZERWY W PRACY	74
7.4	PRAWO DO DODATKOWEGO URLOPU	74
7.5	TURNUS REHABILITACYJNY	75
7.6	ZWOLNIENIE OD PRACY NA BADANIA.....	75
7.7	WYDZIELENIE LUB ZORGANIZOWANIE STANOWISKA PRACY.....	76
7.8	ZATRUDNIENIE U PRACODAWCY NIEZAPEWNIAJĄCEGO WARUNKÓW PRACY CHRONIONEJ (NA OTWARTYM RYNKU PRACY)	76
7.9	RACJONALNE USPRAWNIAENIA.....	76
8.	WSPARCIE OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ZE ŚRODKÓW PFRON	79
8.1	POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON	79
8.2	WSPARCIE ZATRUDNIENIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH	81
8.3	DOFINANSOWANIE UCZESTNICTWA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH I ICH OPIEKUNÓW W TURNUSACH REHABILITACYJNYCH	82
8.4	DOFINANSOWANIE ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY, PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE	84
8.5	DOFINANSOWANIE LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH, W KOMUNIKOWANIU SIĘ I TECHNICZNYCH.....	86
8.6	DOFINANSOWANIE W RAMACH PROGRAMU „AKTYWNY SAMORZĄD”	88
8.6.1.	Warunki uczestniczenia w programie „Aktywny samorząd”	89

8.7 DOFINANSOWANIE RÓŻNEGO TYPU PROJEKTÓW NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH I ICH OTOCZENIA REALIZOWANYCH PRZEZ ORGANIZACJE POZARZĄDOWE	91
8.8 DOFINANSOWANIE KOSZTÓW TWORZENIA I DZIAŁANIA WARSZTATÓW TERAPII ZAJĘCIOWEJ	93
8.9 REFUNDACJA SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ LUB ROLNICZĄ ...	95
8.10 DOTACJA PRZYZNAWANA OSOBIE NIEPEŁNOSPRAWNEJ NA PODJĘCIE DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ, ROLNICZEJ ALBO NA WNIESIENIE WKŁADU DO SPÓŁDZIELNI SOCJALNEJ .	96
8.11 DOFINANSOWANIE DO OPROCENTOWANIA KREDYTU BANKOWEGO ZACIĄGNIĘTEGO NA KONTYNUOWANIE DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ ALBO PROWADZENIE WŁASNEGO LUB DZIERŻAWIONEGO GOSPODARSTWA ROLNEGO	97
8.12 DOFINANSOWANIE DO WYNAGRODZEŃ ZATRUDNIONYCH OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH (OTWARTY I CHRONIONY RYNEK PRACY)	98
8.14 ZWROT PRACODAWCOM KOSZTÓW WYPOSAŻENIA STANOWISK PRACY	102
8.15 ZWROT MIESIĘCZNYCH KOSZTÓW ZATRUDNIENIA PRACOWNIKÓW POMAGAJĄCYCH NIEPEŁNOSPRAWNEMU W PRACY	103
8.17 ZWROT PRACODAWCOM CHRONIONEGO RYNKU PRACY DODATKOWYCH KOSZTÓW	104
8.18 DOFINANSOWANIE KOSZTÓW TWORZENIA I DZIAŁANIA ZAKŁADÓW AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ.....	105
9. WAŻNE ADRESY.....	108
10. ŹRÓDŁA	109

Wstęp

Wypadek to nagłe zdarzenie losowe, które zatrzymuje bieg naszego życia. Bardzo często towarzyszy temu ogromny stres wynikający z faktu, że nie wiemy co mamy zrobić w nowej, trudnej sytuacji, o co zadbać i jak poradzić sobie z emocjami. Zdarza się, że przeżyty wypadek zagrażał naszemu życiu lub naszym bliskich.

Wypadek nie dotyka tylko samej osoby poszkodowanej, ale również całej rodziny. Doznane obrażenia skutkują często długotrwałym wyłączeniem z aktywności zawodowej oraz społecznej. To odbija się na sytuacji życiowej całej rodziny. Często jeśli poszkodowane jest dziecko, konieczność opieki nad nim uniemożliwia lub bardzo ogranicza aktywność zawodową opiekuna. Częstokroć konieczne jest korzystanie ze świadczeń społecznych, o których z reguły niewiele wiemy.

Fundacja Forani pomaga odnaleźć się w tej nowej trudnej rzeczywistości powypadkowej. Udzielamy porad co zrobić na każdym z etapów powypadkowych. Prowadzimy ogólnopolską bezpłatną infolinię powypadkową w ramach, której udzielamy porad oraz wsparcia psychicznego.

INFOLINIA POWYPADKOWA FUNDACJI FORANI

Telefon: 22 102 16 16

(koszt za połączenie lokalne zgodny z taryfą Operatora)

CZYNNA JEST OD PONIEDZIAŁKU DO PIĄTKU

W GODZINACH OD 9.00 DO 17.00.

W rozdziale 1 znajdziesz więcej informacji na temat **LECZENIA**:

Konsultacje – rozdział 1.1.

Skierowanie – rozdział 1.2.

Zasady finansowania – rozdział 1.3.

Leczenie u specjalisty – rozdział 1.4.

Krok po kroku - jak realizować zlecenie na środki pomocnicze i ortopedyczne –
1.5.

Leczenia szpitalnego – rozdział 1.6.

Praw pacjenta – rozdział 1.7.

Dziecko u lekarza – rozdział 1.8.

Transport sanitarny – rozdział 1.9.

1. Leczenie

Najważniejszy jest Twój stan zdrowia. Po wypadku często trafiaamy do szpitala w celu ratowania naszego życia i zdrowia. Czas pobytu w szpitalu uzależniony jest od procesu leczenia oraz zakresu obrażeń.

- Jeżeli Twoje obrażenia były bardzo poważne to pamiętaj, że **masz prawo konsultować się medycznie** również w innym szpitalu. Możesz poprosić bliskich, żeby udali się do wybranej kliniki specjalistycznej w celu przeprowadzenia konsultacji. Pamiętaj, że są specjaliści, którzy specjalizują się w uszkodzeniach bioder, miednicy czy ręki. Warto takich poszukać. Możesz skontaktować się z infolinią powypadkową **Fundacji Forani** - pomożemy Ci znaleźć odpowiedniego specjalistę.
- Ważne jest żebyś wiedział/a z jakimi **informacjami od lekarza prowadzącego** powinnaś/powinieneś wyjść ze szpitala:
a/ zaleceniem dotyczącym poruszania się/ kule/ bez kul/ leżenie
b/!!!!**poszpitalnym skierowaniem na rehabilitację stacjonarną** - brak tego skierowania pozbawia cię możliwości rehabilitacji poszpitalnej, która umożliwi ci dostanie się w szybkim czasie na rehabilitację
c/kiedy i gdzie masz zgłosić się wizytę kontrolną
d/ czy są ruchy jakich nie możesz wykonywać i jak długo - to będzie ważne dla twojego rehabilitanta

LECZENIE



Pierwszy etap to etap **Leczenia**. To najważniejszy a zarazem najtrudniejszy czas po wypadku. Wypadek skutkuje często obrażeniami fizycznymi, które wymagają szybkiego działania. Pamiętaj, że po wypadku możesz konsultować się w kilku miejscach. W Polsce są specjalistyczne kliniki, z pomocy których możesz skorzystać.

REHABILITACJA



Drugi jest etap **Rehabilitacji**. Po etapie leczenia bardzo ważne jest żeby zadbać o dobrą rehabilitację. Załatwienie spraw formalnych wymaga czasu, dlatego warto zająć się tym jeszcze na etapie leczenia szpitalnego.

POWRÓT DO SIEBIE



Po wypadku **musisz odnaleźć siebie na nowo**. Możesz zmienić zawód, podwyższać kwalifikacje, podjąć naukę, a także odkrywać nowe pasje. W broszurze podajemy adres miejsc, które zajmują się aktywizacją zawodową oraz edukacją.

Pamiętaj!

Gromadzenie wszelkiej dokumentacji to bardzo ważne po wypadku. Załóż teczkę i zbieraj wszelkie poświadczenia usług, z których korzystałeś: wypisy ze szpitala, opłaty za konsultacje, badania, rachunku za leki, sprzęt rehabilitacyjny, dojazdy do szpitala itd.

WAŻNE PYTANIA, NA KTÓRE POWINIENIEŚ ZNAĆ ODPOWIEDŹ

LECZENIE

Czy skorzystać z konsultacji medycznej?

Czy znam swoje prawa jako pacjenta?

Czy wiem co lekarz powinien wydać przy wypisie ze szpitala?

Mój stan psychiczny - Czy wiem jaki odreagowywać stres? Jak wspierać bliską osobę?

Czy wiem jaką dokumentację należy gromadzić?

Czy warto starać się o orzeczenie o stopniu niepełnosprawności?

Czy wiem jakie świadczenia mi przysługują ?

Czy przysługuje mi odszkodowanie? (OC, NNW, ubezpieczenie grupowe w pracy)

Czy założyć subkonto?

REHABILITACJA

Jak ułożyć plan rehabilitacyjny?

Jaka jest moja motywacja do ćwiczeń? (zasada 120%)

Czy wiem czym jest PTSD i jakie są symptomy?

Czy wiem gdzie mogę się rehabilitować?

POWRÓT DO SIEBIE

Czy wrócę do wykonywanej pracy?

Czy chcę się przekwalifikować, podjąć naukę i zmienić zajęcie?

Czy mam pomysł na własną działalność ?

Czy potrzebuję wsparcia psychicznego?

Co dalej będę robił/a w życiu?

1.1 Konsultacja

Jeśli masz wątpliwości do prawidłowości prowadzonego leczenia, masz prawo żądać, aby lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie, a pielęgniarka zasięgnęła opinii innej pielęgniarki - także niezatrudnionych w danej placówce. Żądanie oraz ewentualna odmowa powinny być odnotowane w dokumentacji medycznej.

Jeżeli opinia albo orzeczenie lekarza mają wpływ na Twoje prawa lub obowiązki, możesz wnieść wobec nim sprzeciw. Sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta, w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia.

1.2 Dokumentacja medyczna

Dokumentacja medyczna prowadzona przez świadczeniodawcę (w przychodni, szpitalu, poradni) jest własnością świadczeniodawcy, jednak masz pełne prawo wglądu w nią. Jeżeli jesteś nieprzytomny, dostęp do dokumentacji ma osoba wcześniej upoważniona przez Ciebie. Osoba upoważniona ma takie prawo także po śmierci pacjenta.

Dokumentacja medyczna może zostać udostępniona:

- do wglądu - w siedzibie świadczeniodawcy,
- poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii,
- poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.

Pamiętaj o GROMADZENIU wszelkiej DOKUMENTACJI związanej z wypadkiem

Jakie dokumenty warto gromadzić:

- historię choroby,
- karty informacyjne leczenia szpitalnego,
- wyniki badań diagnostycznych (w tym kopie badań na CD),
- konsultacje specjalistyczne,
- opinie psychologiczne,

- imienne faktury za zakup leków, środków opatrunkowych,
- rachunki za przejazdy na zabiegi lecznicze i rehabilitacyjne,
- rachunki imienne za pobyt na leczeniu i zabiegi rehabilitacyjne,
- rachunki imienne za zakup i naprawę sprzętu urządzeń i narzędzi technicznych niezbędnych w rehabilitacji oraz ułatwiających wykonywanie czynności życiowych, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności,
- inne: związane z sytuacją zdrowotną, ponoszonymi wydatkami w związku z chorobą, niepełnosprawnością.

Posiadanie wskazanej dokumentacji niezbędne jest m.in.:

- przy ubieganiu się o orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub o niezdolności do pracy,
- przy ubieganiu się o dofinansowanie lub refundację poniesionych kosztów związanych z leczeniem, rehabilitacją,
- w związku ze skorzystaniem z ulgi rehabilitacyjnej,
- przy ubieganiu się o odszkodowanie

Za wykonanie odpisu lub kopii świadczeniodawca może pobierać opłatę, jednak jej maksymalna wysokość jest ograniczona i ściśle ustalona. Podstawą jej wyliczenia jest publikowana przez GUS w drugim miesiącu każdego kwartału wysokość przeciętnego wynagrodzenia w kwartale poprzednim. Nowe stawki odpłatności obowiązują zawsze od pierwszego dnia trzeciego miesiąca kwartału. Udostępnienie dokumentacji do wglądu na miejscu jest bezpłatne, powinno jednak zostać wcześniej uzgodnione. Jeśli za życia Pacjent nie upoważnił nikogo do wglądu w dokumentację medyczną, prawo wglądu przysługuje m.in. spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Skargi, jeżeli zostały niewłaściwie potraktowane przez świadczeniodawcę lub uważasz, że w placówce, w której się leczysz lub leczyłeś występują nieprawidłowości w udzielaniu świadczeń, masz prawo złożyć skargę na czynności i działania świadczeniodawcy. Więcej informacji znajdziesz na stronach: • Biura Rzecznika Praw Pacjenta w sytuacji naruszenia prawa do: poszanowania intymności i godności, informacji, świadczeń zdrowotnych, tajemnicy informacji, dokumentacji medycznej, zgłoszenia

sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza, opieki duszpasterskiej;
www.bpp.gov.pl

- Rzecznika odpowiedzialności zawodowej lekarzy przy okręgowej izbie lekarskiej, do której lekarz należy w sytuacji zastrzeżeń do sposobu leczenia albo zachowania lekarzy; www.nil.org.pl
 - Rzecznika odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek przy okręgowych izbach pielęgniarek w sytuacji zastrzeżeń do sposobu postępowania albo zachowania pielęgniarki; www.izbapiel.org.pl
 - Biura Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych np. w sytuacji zastrzeżeń do zachowania poufności przechowywanej dokumentacji, jej zabezpieczenia przed zgubieniem czy kradzieżą.
- Do szpitala pacjent jest przyjmowany na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza.

WAŻNE

Skierowanie do szpitala może być wystawione również przez lekarza, który nie jest lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, np. przez lekarza leczącego „prywatnie”, bez umowy z NFZ.

W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielone pacjentowi bez wymaganego skierowania! Zapotrzebowanie na środki pomocnicze i ortopedyczne. Jeżeli z powodu choroby lub wypadku pacjent potrzebuje oprócz leków i rehabilitacji także np. wózka inwalidzkiego, aparatu ortopedycznego, protezy kończyny, może taki sprzęt lub przedmiot zakupić za niższą cenę dzięki refundacji z NFZ.

WAŻNE

Podstawą do uzyskania dofinansowania przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego jest zlecenie na zaopatrzenie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, potwierdzone w oddziale Funduszu,

do którego został zgłoszony pacjent. Zlecenie wystawia specjalista określonej dziedziny medycyny. W razie jakichkolwiek wątpliwości pracownik NFZ ma prawo zweryfikować dane przedstawione w zleceniu. Zlecenie może być dostarczone do NFZ osobiście przez pacjenta, inną osobę w jego imieniu lub drogą pocztową. Informacje o punktach, w których potwierdzane są zlecenia na zaopatrzenie ortopedyczne można uzyskać w oddziale wojewódzkim NFZ lub na jego stronie internetowej.

Udając się do poradni specjalistycznych powinieneś posiadać skierowanie od lekarza POZ lub innego lekarza udzielającego świadczeń w ramach umowy z NFZ. Skierowanie jest ważne dopóty, dopóki istnieją przesłanki wskazujące na potrzebę podjęcia działań diagnostycznych lub terapeutycznych. Jeśli kontynuujesz terapię w kolejnym roku kalendarzowym, nie musisz dostarczać nowego skierowania.

1.3 Zasady finansowania

Wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze pacjent otrzymuje na własność. NFZ finansuje je do wysokości limitu ceny określonego w przepisach ministra zdrowia (100%, 70%, 50%). Jeśli cena wybranego przez pacjenta przedmiotu jest wyższa niż cena określona limitem, pacjent dopłaca różnicę pomiędzy ceną brutto a kwotą refundacji.

1.4 Leczenie u specjalisty

Jeżeli lekarz leczący Cię w POZ albo w szpitalu uzna, że konieczne jest dalsze leczenie specjalistyczne, może skierować Cię do lekarza specjalisty.

Lekarze specjaliści różnych dziedzin medycyny w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia udzielają świadczeń w poradniach specjalistycznych. W uzasadnionych przypadkach wynikających ze stanu zdrowia, specjaliści realizują także wizyty w domu chorego. Jeżeli zachodzi taka konieczność, lekarz kierujący do specjalisty powinien wskazać, czy

wymagasz udzielenia porady w domu. Potrzebę takiej wizyty możesz także zgłosić sam lub Twój opiekun.

W przypadku nagłych zachorowań lub nagłego pogorszenia Twojego stanu zdrowia, świadczenie w poradni specjalistycznej winno być zrealizowane w trybie nagłym, czyli w dniu zgłoszenia. Decyzję o przyjęciu Cię w trybie nagłym podejmuje lekarz, a świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania.

W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lekarze specjaliści:

- wykonują zabiegi medyczne, których wykonanie jest możliwe w gabinetach zabiegowych;
- udzielają porad specjalistycznych w ramach których wykonują badania lekarskie,
- udzielają albo zlecają niezbędne świadczenia diagnostyczne i terapeutyczne oraz przepisują konieczne leki.

W czasie pierwszej wizyty, lekarz specjalista stawia diagnozę i ustala dalsze leczenie. W razie potrzeby, kontynuuje leczenie lub kieruje do innych specjalistów, także na leczenie w szpitalu. Jeżeli zostałeś skierowany przez specjalistę do innej poradni specjalistycznej albo do szpitala, wraz ze skierowaniem powinieneś otrzymać wszystkie dostępne wyniki badań umożliwiające potwierdzenie wstępnego rozpoznania.

Jeżeli byłeś wcześniej leczony w szpitalu, możesz w ciągu 30 dni od zakończenia pobytu w oddziale udać się do poradni specjalistycznej tego szpitala (w miarę możliwości do lekarzy z zespołu, który zajmował się Tobą), w celu oceny przebiegu leczenia po zakończeniu hospitalizacji.

Lekarz leczący Cię w poradni specjalistycznej jest zobowiązany do pisemnego informowania lekarza rodzinnego o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, ich dawkowaniu i czasie stosowania oraz o wyznaczonych wizytach kontrolnych. W razie konieczności powinien wystawić Ci zaświadczenie z rozpoznaniem choroby i zalecaną farmakoterapią, na podstawie, którego lekarz POZ może kontynuować leczenie wypisując wskazane przez specjalistę leki.

Lekarz specjalista może skierować Cię na wszystkie badania diagnostyczne niezbędne do rozpoznania choroby, postawienia diagnozy i prowadzenia terapii. Badania diagnostyczne, na które kieruje lekarz specjalista, wykonywane są na podstawie skierowania w miejscu wskazanym przez lekarza.

Jeżeli jesteś pod stałą opieką specjalistyczną i wymagasz wykonania badań kontrolnych, skierowanie na nie powinien wystawić Ci lekarz z poradni specjalistycznej. Pamiętaj, nie ponosisz żadnych kosztów zleconych badań.

1.5. Krok po kroku - jak realizować zlecenie na środki pomocnicze i ortopedyczne?

KROK 1. UDAJ SIĘ DO LEKARZA

Zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne wystawia lekarz posiadający umowę z NFZ. W ramach ubezpieczenia zdrowotnego pacjentom przysługuje refundacja różnych wyrobów medycznych. Są to np. różnego rodzaju protezy, aparaty i gorsety ortopedyczne, wózki inwalidzkie.

KROK 2. POTWIERDŹ ZLECENIE

Otrzymane zlecenie należy potwierdzić w swoim oddziale NFZ. Zlecenie na wyroby medyczne musi zostać potwierdzone do refundacji przez oddział NFZ, na terenie, którego ubezpieczony jest zarejestrowany. Zlecenie może być potwierdzone osobiście przez pacjenta, inną osobę w jego imieniu lub drogą pocztową (zlecenie przysyłane pocztą będzie odesyłane na adres pacjenta). Do potwierdzenia zlecenia przez NFZ wymagany jest dowód osobisty osoby odbierającej potwierdzone zlecenie.

WAŻNE

W przypadku, gdy konieczne jest natychmiastowe zaopatrzenie pacjenta w wyrób medyczny poza obszarem zarejestrowania chorego - w

potwierdzeniu zlecenia może pośredniczyć oddział Funduszu, na terenie, którego pacjent przebywa.

KROK 3. ODBIERZ WYRÓB MEDYCZNY

Zaordynowany wyrób medyczny należy odebrać w punkcie mającym umowę z NFZ. Mając zlecenie potwierdzone do refundacji pacjent zgłasza się do wybranej placówki na terenie całego kraju, która podpisała umowę z NFZ w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne. Wybór konkretnej placówki należy do pacjenta - nie obowiązuje w tym wypadku rejonizacja. Pacjenci mają prawo wyboru wyrobu medycznego spośród zróżnicowanej oferty. Produkty o tych samych funkcjach mogą różnić się ceną i jakością. Jeżeli cena wybranego przez pacjenta wyrobu medycznego jest wyższa niż cena określona limitem, pacjent dopłaca różnicę pomiędzy ceną brutto, a kwotą refundacji.

1.6 Leczenie szpitalne

Jeżeli wymaga tego Twój stan zdrowia, albo cel leczenia nie może być osiągnięty w trybie ambulatoryjnym, możesz zostać skierowany na dalsze leczenie w szpitalu. Dzięki ubezpieczeniu zdrowotnemu w NFZ masz pewność, że wszystkie niezbędne czynności i zabiegi lecznicze przeprowadzane w czasie pobytu w szpitalu zostaną wykonane bezpłatnie i nie będziesz musiał za nie zapłacić.

Pamiętaj, że masz prawo wyboru szpitala, który ma podpisaną umowę z NFZ i możesz wybrać dowolną placówkę na terenie całej Polski. Weź jednak pod uwagę, że w niektórych placówkach możesz dłużej czekać na przyjęcie i leczenie niż w innych. W zależności od schorzenia, rodzaju stosowanego leczenia i oddziału, w którym ma być ono przeprowadzone, czas oczekiwania może być różny w różnych placówkach. Jeżeli w wybranym przez Ciebie szpitalu nie będzie możliwości przyjęcia Cię na leczenie w dniu zgłoszenia, a mimo wszystko chcesz być leczonym w wybranej przez siebie placówce, zostaniesz wpisany na listę oczekujących. W przypadku oczekiwania na niektóre wybrane zabiegi, czy do niektórych oddziałów, możesz swoją kolejkę na liście sprawdzić po zalogowaniu do Zintegrowanego Informatora Pacjenta w zakładce Rejestr Usług Medycznych, wybierając Kolejki oczekujących.

Przyjmując się do szpitala powinieneś potwierdzić swoje prawo do świadczeń finansowanych przez NFZ. Żeby uniknąć problemów możesz swoje prawo

doświadczeń sprawdzić w systemie elektronicznej weryfikacji uprawnień (eWUŚ) po zalogowaniu do ZIP w zakładce Prawo do świadczeń.

Pamiętaj

Jeżeli trafisz do szpitala w stanie nagłym lub gdy stan Twojego zdrowia nie pozwala na złożenie oświadczenia, a szpital nie jest w stanie zweryfikować Twoich uprawnień w żaden inny sposób, możesz przedstawić dokument potwierdzający Twoje prawo do świadczeń (albo złożyć oświadczenie) w ciągu 7 dni od zakończenia leczenia w szpitalu.

W przypadku zakwalifikowania pacjenta do leczenia w oddziale szpitalnym, a w szczególności do planowego leczenia operacyjnego, wykonanie niezbędnych badań diagnostycznych leży po stronie szpitala. W czasie pobytu pacjenta w szpitalu lekarz POZ nie może wystawiać zleceń na środki pomocnicze i ortopedyczne, w tym na pieluchomajtki. Nie może także ordynować leków, których konieczność zażywania wynika z przebiegu hospitalizacji. Przyjętemu pacjentowi szpital zapewnia bezpłatne leki oraz wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do realizacji leczenia. Pacjent przebywający w szpitalu może skorzystać z dodatkowej, płatnej opieki pielęgniarskiej. Opieka taka nie może jednak polegać na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Lekarz leczący chorego w szpitalu zobowiązany jest do pisemnego informowania lekarza POZ, do którego zadeklarowany jest pacjent, o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach (w tym okresie ich stosowania i sposobu dawkowania) oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych. Pacjent po zakończeniu hospitalizacji (także w szpitalnym oddziale ratunkowym) powinien otrzymać kartę informacyjną oraz, w zależności od potrzeb, informację dla lekarza POZ, recepty, zwolnienie lekarskie, skierowania do lekarzy specjalistów.

1.7 Prawa pacjenta

Żeby przybliżyć Ci prawa pacjenta, przedstawiamy wybrane najważniejsze zagadnienie i odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania. Jeżeli jesteś

zainteresowany poszerzeniem swojej wiedzy na ten temat, znajdziesz ją w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta lub ustawie o działalności leczniczej, a także na stronach instytucji nadzorujących przestrzeganie praw pacjenta.

Jako pacjent masz prawo do uzyskania jasnej, zrozumiałej i przystępnej odpowiedzi na pytania dotyczące swojego stanu zdrowia i prowadzonego lub planowanego leczenia. Masz też prawo decydować, komu poza Tobą mogą być przekazywane informacje. Osobą upoważnioną może być każda bliska Ci osoba. Nie decyduje o tym ani pokrewieństwo, ani miejsce zamieszkania. Warunkiem niezbędnym jest Twój świadomy wybór i zgoda. Jeżeli nie możesz potwierdzić pisemnie swojej decyzji, np. ze względu na stan zdrowia, możesz np. wskazać osobę gestem i potwierdzić swój wybór skinieniem głowy albo udzielić odpowiedzi na zadane pytanie. Wymagana jest wtedy adnotacja w Twojej dokumentacji medycznej. Osoba upoważniona ma takie prawo także po śmierci pacjenta.

Zakres informacji, które masz prawo otrzymać, jest bardzo szeroki. Masz prawo do pełnej wiedzy o stanie zdrowia. Masz prawo wiedzieć o rozpoznaniu choroby, jej diagnostyce i leczeniu oraz o dających się przewidzieć następstwach terapii albo skutkach jej zaniechania, o wszelkich planowanych zabiegach leczniczych i badaniach oraz o przepisanych lekach, ich działaniu oraz możliwych skutkach ubocznych. Masz prawo żądać informacji o wynikach przeprowadzonego leczenia oraz dalszym rokowaniu. Masz także prawo uzyskać informację o osobach np. uczestniczących w badaniu lub prowadzących leczenie.

Masz prawo prosić o wyjaśnienia tak długo, aż informacja, którą przekazują Ci osoby uprawnione (lekarz, pielęgniarka, rehabilitant), będzie przez Ciebie w pełni zrozumiała, a wszystkie wątpliwości wyjaśnione. Jeżeli nie chcesz znać szczegółów dotyczących swojego stanu zdrowia, masz prawo do rezygnacji z otrzymywania informacji. Powinieneś wtedy dokładnie wskazać, z których informacji rezygnujesz. Leczenie - zgoda i odmowa. Masz prawo wyrażenia zgody na zaproponowane leczenie lub zgłoszenie sprzeciwu. Możesz nie zgodzić się np. na zaproponowany zabieg operacyjny lub badanie. Twoja zgoda lub odmowa powinny zawsze zostać poprzedzone przedstawieniem przez lekarza wyczerpującej i obiektywnej informacji na temat stanu zdrowia oraz proponowanego leczenia, jego skutków, możliwych powikłań i ewentualnych konsekwencji jego zaniechania.

W sytuacji, gdy jesteś nieprzytomny i nie masz możliwości wyrażenia świadomej zgody na leczenie, o prowadzonej terapii nie może zdecydować np. Twoja rodzina, czy też partner życiowy. Jeżeli przed utratą przytomności ustaliłeś wszystkie zagadnienia związane z proponowanym leczeniem, obowiązują one także po jej utracie.

Jeśli jesteś nieprzytomny, a nie było możliwości uzyskania np. zgody na zabieg, o wszelkich czynnościach, które związane są z ratowaniem Twojego życia decyduje lekarz prowadzący. We wszystkich innych przypadkach decyzje podejmuje kurator ustanowiony przez sąd.

W szczególnie uzasadnionych przypadkach lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia. Zwłoka w udzieleniu pomocy nie może jednak spowodować niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju Twojego zdrowia. Jeżeli jednak lekarz podejmie taką decyzję, ma obowiązek z odpowiednim wyprzedzeniem uprzedzić Cię o tym fakcie i wskazać lekarza lub placówkę, w której masz realne możliwości uzyskania świadczenia w praktyce oznacza to np. uzgodnienie przeniesienia do innego szpitala, a nie tylko poinformowanie o możliwości dalszego leczenia we wskazanej placówce.

Odmowa lub odstąpienie od leczenia powinny zostać zawsze uzasadnione i odnotowane w dokumentacji medycznej.

1.8 Dziecko u lekarza

Dziecko do ukończenia 16 lat może korzystać ze świadczeń tylko za zgodą i w obecności przedstawiciela ustawowego (np. rodzica) lub opiekuna faktycznego i nie może samodzielnie decydować o prowadzonym leczeniu. O wszystkich sprawach związanych z leczeniem dziecka decydują wtedy wyłącznie przedstawiciele ustawowi (np. rodzice) lub opiekunowie faktyczni.

Po 16 roku życia, dziecko ma takie samo prawo do informacji o stanie zdrowia i prowadzonym leczeniu, jak osoba dorosła. Ma także prawo do wyrażenia świadomej zgody na proponowane leczenie, pomimo braku zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. Mogą być mu, więc udzielane świadczenia bez obecności dorosłego opiekuna.

Dziecko po ukończeniu 16 roku życia ma także prawo do wyrażenia sprzeciwu i niewyrażenia zgody na zaproponowane leczenie. I choć do ukończenia przez dziecko 18 lat prawo do wyrażenia zgody ma także przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny, jeśli dziecko nie zgodzi się na leczenie, jego decyzja jest ważniejsza w takim przypadku w celu przeprowadzenia terapii np. zabiegu lub badania, wymagane jest zezwolenie sądu.

Obecność innych osób Korzystając z pomocy medycznej masz prawo do tego, żeby w czasie udzielania świadczenia przebywała razem z Tobą bliska Ci osoba. Jeżeli więc sobie tego życzysz, w trakcie wizyty i badania przez lekarza, albo przy drobnych zabiegach może towarzyszyć Ci np. członek rodziny lub bliski przyjaciel. Może się zdarzyć, że ze względu na Twoje bezpieczeństwo zdrowotne lub w przypadku prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego, lekarz (pielęgniarka, rehabilitant) odmówią obecności osobie bliskiej. W każdym takim przypadku mają obowiązek odnotować odmowę i jej powód w dokumentacji medycznej.

Obecność innych osób przy udzielaniu świadczenia, np. studentów medycyny, także wymaga Twojej świadomej zgody. Warunkowanie udzielenia świadczenia od udzielenia takiej zgody i jej wymuszanie jest niezgodne z prawem. Jeżeli pacjent jest małoletni, całkowicie ubezwłasnowolniony lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego.

1.9 Transport sanitarny

Jeżeli wymagasz podjęcia natychmiastowego leczenia w innej placówce leczniczej, w celu kontynuacji i zachowania ciągłości leczenia albo musisz udać się na leczenie, a dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwia Ci korzystanie ze środków transportu publicznego (bez względu na schorzenie) możesz skorzystać z bezpłatnego transportu sanitarnego.

Jeżeli jesteś zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymagasz pomocy przy korzystaniu ze środków transportu publicznego lub wymagasz korzystania z pojazdów dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych przysługuje Ci transport częściowo płatny. NFZ pokrywa w takich przypadkach 40% kosztów przejazdu środkami transportu sanitarnego.

Transport sanitarny jest realizowany na zlecenie lekarza\felczera ubezpieczenia zdrowotnego.

WAŻNE

Karetki pogotowia ratunkowego służą do ratowania życia i zdrowia ludzi. Nie wzywaj pogotowia ratunkowego, gdy potrzebujesz transportu sanitarnego. Transport sanitarny w POZ.

Umowa o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w POZ przewiduje realizację następujących przewozów celem podjęcia lub kontynuacji leczenia:

- z miejsca zamieszkania (pobytu) pacjenta na leczenie realizowane w trybie stacjonarnym; z miejsca zamieszkania (pobytu) pacjenta na leczenie w trybie dziennym; z miejsca zamieszkania (pobytu) na pierwszorazowe świadczenie z rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej albo leczenia stomatologicznego i z powrotem,
- z miejsca zamieszkania (pobytu), w celu wykonania zabiegów i procedur medycznych wynikających z procesu leczenia realizowanego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, do którego zadeklarowany jest świadczeniobiorca, i z powrotem,
- z miejsca zamieszkania (pobytu) do zakładu długoterminowej opieki zdrowotnej.

Lekarzem kwalifikującym pacjenta do realizacji przewozu oraz wydającym skierowanie na przewóz jest lekarz POZ.

Wydając skierowanie na przewóz, lekarz POZ wskazuje pacjentowi jednocześnie realizatora przewozu.

W przypadku świadczeń transportu sanitarnego w POZ zasady odpłatności pacjenta są takie same jak w przypadku opisanego wcześniej transportu sanitarnego.

W ramach umowy o udzielanie transportu sanitarnego w POZ realizowane są także przewozy określane, jako Transport sanitarny „daleki” w POZ.

Z transportu „dalekiego” w POZ możesz skorzystać w następujących sytuacjach:

- kiedy z przyczyn losowych musiałeś skorzystać z pomocy medycznej w szpitalu za granicą, a Twój stan zdrowia w momencie wypisu ze szpitala jest stabilny, ale nie pozwala na samodzielny powrót do

domu. Taki transport jest realizowany od granicy Polski do miejsca Twojego zamieszkania,

- kiedy z przyczyn losowych musiałeś skorzystać z pomocy medycznej w zagranicznym szpitalu, ale wymagasz kontynuacji leczenia w kraju, a stan Twojego zdrowia pozwala na uzyskanie wypisu i nie ma medycznych przeciwwskazań do przewozu ambulansem. W takim przypadku przysługuje Ci transport od granicy Polski do szpitala, który jest położony najbliżej Twojego domu i w którym możliwe jest kontynuowanie leczenia,
- kiedy z przyczyn uzasadnionych medycznie musisz korzystać ze świadczeń konkretnej poradni specjalistycznej oddalonej od miejsca zamieszkania o więcej niż 120 km „tam i z powrotem”, a ogólny stan Twojego zdrowia nie pozwala na samodzielne dotarcie do poradni. Transport przysługuje wtedy z Twojego miejsca zamieszkania do najbliższego świadczeniodawcy, który udzieli Ci świadczeń i z powrotem; kiedy musisz ze względów medycznych korzystać z wysokospecjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych, które realizowane są jedynie przez niektóre poradnie, do których odległość z miejsca Twojego zamieszkania przekracza 120 km „tam i z powrotem”, a ogólny stan zdrowia chorego nie pozwala na samodzielny dojazd do poradni. Transport przysługuje wtedy od miejsca zamieszkania do poradni i z powrotem.

Aby skorzystać z transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ powinieneś (Twoja rodzina albo opiekun prawny), po wcześniejszej konsultacji z lekarzem POZ, wystąpić z wnioskiem do dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ.

Wniosek taki należy złożyć w oddziale Funduszu, do którego należysz. Po rozpatrzeniu wniosku, dyrektor oddziału Funduszu wyda jego sprawie pisemnie stanowisko.

Szczegółowe informacje dotyczące umowy o udzielanie świadczeń transportu fsanitarnego w POZ znajdziesz w zarządzeniu Nr 69/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2013 r.

WAŻNE

W przypadku transportu związanego z leczeniem poza granicami kraju, do wniosku należy dołączyć zaświadczenie sporządzone w języku polskim, a przygotowane przez zagraniczny szpital, który realizował leczenie. W przypadku transportu związanego z leczeniem specjalistycznym w kraju należy dołączyć do wniosku zaświadczenie z poradni specjalistycznej, która ma wykonać świadczenie.

W rozdziale 2 znajdziesz więcej informacji na temat **REHABILITACJI**:

Rodzaje rehabilitacji – rozdział 2.1.

Turnusy rehabilitacyjne - rozdział 2.2.

Opieka długoterminowa – rozdział 2.3.

Usługi opiekuńcze – rozdział 2.4.

Lista uzdrowisk (rodzaje/profile) – rozdział 2.5.

Usługi opiekuńcze – rozdział 2.6.

Turnusy Rehabilitacyjne – rozdział 2.7

Opieka długoterminowa – rozdział 2.8

Świadczenia realizowane w warunkach stacjonarnych – rozdział 2.9

Przepustka – rozdział 2.10

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze realizowane w warunkach domowych
– rozdział 2.11

Odpłatność za pobyt w sanatorium – rozdział 2.12

2. REHABILITACJA

2.1 Rodzaje rehabilitacji

Jeżeli wymagasz rehabilitacji lub zabiegów fizjoterapeutycznych możesz skorzystać ze świadczeń rehabilitacji leczniczej:

- w warunkach ambulatoryjnych,
- w warunkach domowych,
- w ośrodku lub oddziale dziennym,
- w warunkach stacjonarnych.

Skierowanie do poradni rehabilitacji lub na zabiegi fizjoterapeutyczne może Ci wystawić każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego. W przypadku stwierdzenia przez lekarza specjalistę wady postawy kwalifikującej się do rehabilitacji leczniczej lub dysfunkcji narządu ruchu, której przyczyną są wady postawy możesz skorzystać z rehabilitacji leczniczej w warunkach ambulatoryjnych. Skierowanie na zabiegi związane z leczeniem wymienionych schorzeń może wystawić lekarz specjalista (także I stopnia) rehabilitacji ogólnej, medycznej lub narządu ruchu, chirurgii ortopedycznej lub urazowo-ortopedycznej, ortopedii i traumatologii lub w trakcie specjalizacji z rehabilitacji medycznej lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu. NFZ sfinansuje do 5 zabiegów dziennie w dziesięciodniowym cyklu terapeutycznym.

**Pamiętaj, że skierowanie na zabiegi straci
ważność, jeżeli nie zostanie zarejestrowane w
przychodni rehabilitacyjnej w terminie 30 dni od
daty wystawienia.**

Jeżeli ze względu na brak możliwości samodzielnego poruszania się, nie możesz dotrzeć do placówki rehabilitacji ambulatoryjnej, możesz skorzystać z rehabilitacji leczniczej w warunkach domowych. O konieczności skorzystania z tej formy rehabilitacji leczniczej decyduje lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, a informacja o wskazaniach do rehabilitacji domowej musi być zawarta na

wystawionym skierowaniu. Termin domowej lekarskiej porady rehabilitacyjnej, wizyty fizjoterapeutycznej lub zabiegów w domu ustalasz po otrzymaniu skierowania w gabinecie lub zakładzie rehabilitacyjnym, który ma podpisaną umowę z NFZ.

WAŻNE

Każda poradnia, zakład lub przychodnia rehabilitacji, która ma podpisaną umowę na świadczenia ambulatoryjne ma obowiązek udzielania świadczeń w warunkach domowych (jeżeli istnieje taka konieczność).

Pacjentowi przysługuje rehabilitacja do 80 dni zabiegowych w warunkach domowych w roku kalendarzowym, w trakcie, których może być wykonywanych do pięciu zabiegów dziennie. Jeżeli Twój stan zdrowia nie pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych, ale nie wymagasz całodobowego nadzoru medycznego możesz skorzystać z zabiegów rehabilitacji leczniczej w ośrodku lub oddziale dziennym. Są to zabiegi obejmujące kompleksową fizjoterapię narządu ruchu, szczególnie ze wskazań ortopedycznych.

Na ten rodzaj rehabilitacji kierują (w zależności od typu rehabilitacji, wieku pacjenta i jego schorzenia) lekarze POZ lub lekarze specjaliści z oddziałów szpitalnych lub poradni specjalistycznych. Czas trwania rehabilitacji:

- rehabilitacja w ośrodku lub oddziale dziennym trwa od 3 do 6 tygodni, w czasie, których wykonywanych jest średnio 5 zabiegów dziennie.

W ramach tego rodzaju rehabilitacji w zależności do schorzenia realizowane są m.in. zabiegi:

- stacjonarnej rehabilitacji ogólnoustrojowej,
- stacjonarnej rehabilitacji neurologicznej.

Skierowania na leczenie stacjonarne wystawiane są przez lekarzy specjalistów z oddziałów szpitalnych i poradni specjalistycznych

- czas trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej wynosi od 3 do 6 tygodni,
- czas trwania rehabilitacji neurologicznej zależy od rodzaju prowadzonej rehabilitacji neurologicznej i wynosi od 6 do 16 tygodni.

2.2 Czym jest leczenie uzdrowiskowe?

Leczenie uzdrowiskowe jest kontynuacją leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego. Jeżeli w celu odzyskania sprawności po chorobie lub wypadku, albo z powodu choroby zawodowej wymagasz określonych zabiegów, które wykonywane są w uzdrowiskach, możesz skorzystać z tego rodzaju leczenia.

W uzdrowisku wykorzystywane są różne bogactwa naturalne i czynniki fizyczne: wody mineralne, borowiny, bodźce klimatoterapeutyczne, hydroterapia; fizykoterapia, kinezyterapii.

W czasie pobytu, w zależności od profilu uzdrowiska, a także od potrzeb i wskazań możesz skorzystać między innymi z: kąpeli leczniczych i ćwiczenia w basenach, kuracji pitnych i inhalacji, natrysków, biczów szkockich, masaży wodnych, zawijań i okładów, ciepłolecznictwa, światłolecznictwa, elektroterapii, ultradźwięków, magnetoterapii, laseroterapii, krioterapii, masażu leczniczego, gimnastyka indywidualnej i zbiorowej.

WAŻNE

Na leczenie uzdrowiskowe mogą być kierowani jedynie pacjenci wystarczająco sprawni, by odbyć podróż do uzdrowiska, samodzielni, zdolni do samoobsługi i korzystania z zabiegów leczniczych.

Świadczenia są realizowane w warunkach ambulatoryjnych lub stacjonarnych.

2.3 Czas trwania leczenia uzdrowiskowego

Pobyt w szpitalu uzdrowiskowym trwa 21 dni i jest bezpłatny. Osoba pracująca otrzymuje w tym czasie zwolnienie lekarskie. Pobyt dziecka trwa 27 dni.

Pobyt w sanatorium uzdrowiskowym trwa 21 dni. Pobyt dziecka jest bezpłatny, natomiast pobyt osoby pracującej jest częściowo odpłatny. Osoba pracująca odbywa go w ramach urlopu wypoczynkowego.

Pobyt w szpitalu uzdrowiskowym na rehabilitacji uzdrowiskowej trwa 28 dni, jest bezpłatny i odbywa się w ramach zwolnienia lekarskiego.

Pobyt w sanatorium uzdrowiskowym na rehabilitacji uzdrowiskowej trwa 28 dni, jest częściowo odpłatny i odbywa się w ramach urlopu wypoczynkowego.

Uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne dorosłych i dzieci trwa od 6 do 18 dni.

2.4 Skierowanie

Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, biorąc pod uwagę Twój aktualny stan zdrowia, brak wskazań lub istniejące przeciwwskazania oraz wpływ leczenia uzdrowiskowego na stan zdrowia. Jest to o tyle ważne, że leczenie uzdrowiskowe jest leczeniem bodźcowym i niektóre schorzenia mogą ulegać zaostrzeniu. Prawdopodobnie i czytelnie wypełnione skierowanie, przesyłane jest przez lekarza lub przez Ciebie do oddziału wojewódzkiego NFZ, na terenie, którego aktualnie zamieszkujesz. Po zarejestrowaniu w oddziale NFZ, skierowanie jest sprawdzane przez zatrudnionego w Funduszu lekarza specjalistę w dziedzinie balneoklimatologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej, który ocenia jego celowość i wskazuje rodzaj oraz miejsce leczenia uzdrowiskowego.

Jeżeli specjalista stwierdzi przeciwwskazania lub brak wskazań do leczenia - nie potwierdza skierowania. Zwracane jest ono wtedy lekarzowi, który je wystawił, a Ty otrzymasz pisemną informację o tym fakcie. Decyzja jest ostateczna i nie przysługuje od niej odwołanie.

Skierowanie podlega weryfikacji, co 18 miesięcy od daty wystawienia. Jeżeli w tym czasie leczenie nie zostało rozpoczęte, NFZ odsyła skierowanie do świadczeniodawcy, który je wystawił - w celu ponownej weryfikacji.

W przypadku negatywnej weryfikacji, lekarz wystawiający skierowanie zawiadamia o tym fakcie zarówno Ciebie, jak i właściwy oddział NFZ w ciągu 30 dni od dnia otrzymania skierowania. Skierowanie, które zostało pozytywnie zweryfikowane przez lekarza, powinno zostać przesłane w ciągu 30 dni od dnia otrzymania z powrotem do oddziału NFZ, gdzie zostanie ono poddane ponownej ocenie. W przypadku, kiedy jest ona pozytywna, nie tracisz swojego miejsca na liście oczekujących.

Jeżeli zostanie ustalony termin leczenia, oddział wojewódzki NFZ doręczy Ci potwierdzone skierowanie nie później niż 14 dni przed datą rozpoczęcia leczenia.

W przypadku osób dorosłych zalecane jest korzystanie z ambulatoryjnego i sanatoryjnego leczenia uzdrowiskowego oraz rehabilitacji w sanatorium uzdrowiskowym nie częściej niż raz na 18 miesięcy.

2.5 Lista uzdrowisk (rodzaje/profile)

Zgodnie z ustawową definicją, uzdrowiskiem jest obszar, na terenie, którego prowadzone jest leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitacja uzdrowiskowa, wydzielony w celu wykorzystania i ochrony znajdujących się na jego obszarze naturalnych surowców leczniczych w przypadku spełnienia wymogów, o których wyżej mowa, obszarowi nadawany jest status uzdrowiska. Poniżej znajdziesz zestawienie wszystkich uzdrowisk i sanatoriów wraz z informacją o schorzeniach w nich leczonych.

Uzdrowiska nizinne: Augustów, Krasnobród, Busko Zdrój, Nałęczów, Ciechocinek, Połczyn Zdrój, Goczałkowice Zdrój, Przerzeczyn Zdrój, Gołdap, Solec Zdrój, Uniejów, Horyniec Zdrój, Supraśl, Inowrocław, Swoszowice, Konstancin, Swoszowice, Wieniec Zdrój.

Uzdrowiska nadmorskie: Kamień Pomorski, Świnoujście, Kołobrzeg, Ustka, Sopot, Dąbki.

Uzdrowiska podgórskie: Cieplice Zdrój, Piwniczna Zdrój, Czerniawa Zdrój, Polanica Zdrój, Długopole Zdrój, Polańczyk, Duszniki Zdrój, Rymanów Zdrój, Iwonicz Zdrój, Szczawno Zdrój, Kudowa Zdrój, Ustroń, Muszyna Zdrój, Wapienne.

Uzdrowiska górskie: Jedlina Zdrój, Szczawnica, Krynica Zdrój, Świeradów Zdrój, Łądek Zdrój, Wysowa Zdrój, Rabka Zdrój, Żegiestów Zdrój.

Sanatorium w urzędzonym wyrobisku górniczym:

Wieliczka Augustów: • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby reumatologiczne, • choroby naczyń obwodowych, • osteoperoza.

Busko - Zdrój: • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby układu nerwowego, • choroby reumatologiczne, • choroby kardiologiczne i nadciśnienie, • osteoperoza, • choroby skóry.

Ciechocinek: • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby układu nerwowego, • choroby reumatologiczne, • choroby kardiologiczne i nadciśnienie, • choroby naczyń obwodowych, • choroby górnych dróg oddechowych, • cukrzyca, • otyłość, • osteoperoza, • choroby kobiece.

Cieplice Śląskie - Zdrój: • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby układu nerwowego, • choroby reumatologiczne, • osteoperoza, • choroby nerek i dróg moczowych, • choroby oka i przydatków oka.

Czerniawa - Źródło: • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby reumatologiczne, • choroby dolnych dróg oddechowych, • choroby kardiologiczne i nadciśnienie, • choroby górnych dróg oddechowych, • osteoporoza, • cukrzyca.

Dąbki: • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby reumatologiczne, • choroby kardiologiczne i nadciśnienie, • choroby górnych dróg oddechowych, • choroby dolnych dróg oddechowych, • choroby endokrynologiczne.

Długopole - Źródło: • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby reumatologiczne, • choroby naczyń obwodowych, • choroby układu trawienia, • choroby krwi i układu krwiotwórczego, • cukrzyca.

Duszniki - Źródło: • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby reumatologiczne, • choroby kardiologiczne i nadciśnienie, • choroby naczyń obwodowych, • choroby dolnych dróg oddechowych, • choroby układu trawienia, • osteoporoza, • choroby kobiece.

Goczałkowice - Źródło: • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby układu nerwowego, • choroby reumatologiczne, • osteoporoza.

Gołdap: • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby reumatologiczne, • choroby dolnych dróg oddechowych, • choroby kobiece.

Horyniec - Źródło: • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby układu nerwowego, • choroby reumatologiczne, • osteoporoza, • choroby skóry, • choroby kobiece.

Inowrocław: • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby reumatologiczne, • choroby układu trawienia, • choroby kardiologiczne i nadciśnienie, • choroby naczyń obwodowych, • choroby układu nerwowego.

Iwonicz - Źródło: • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby układu nerwowego, • choroby reumatologiczne, • choroby górnych dróg oddechowych, • choroby układu trawienia, • otyłość, • osteoporoza, • choroby skóry • choroby kobiece.

Jedlina - Źródło: • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby reumatologiczne, • choroby kardiologiczne i nadciśnienie, • choroby górnych dróg oddechowych, • choroby dolnych dróg oddechowych, • choroby układu trawienia, • choroby nerek i dróg moczowych.

Kamień - Pomorski: • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby neurologiczne, • choroby reumatologiczne, • choroby kardiologiczne i nadciśnienie, • choroby dolnych dróg oddechowych.

Kołobrzeg: • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby układu nerwowego, • choroby reumatologiczne, • choroby kardiologiczne i nadciśnienie, • choroby górnych dróg oddechowych, • choroby dolnych dróg oddechowych, • cukrzyca, • otyłość, • choroby endokrynologiczne, • osteoporoza, • choroby skóry.

Konstancin - Jeziorna: • choroby układu nerwowego, • choroby kardiologiczne i nadciśnienie, • choroby górnych dróg oddechowych.

Krasnobród: • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby układu nerwowego, • choroby reumatologiczne, • choroby górnych dróg oddechowych, • choroby dolnych dróg oddechowych, • otyłość.

Krynica - Zdrój: • choroby układu nerwowego, • choroby reumatologiczne, • choroby górnych dróg oddechowych, • choroby układu trawienia, • cukrzyca, • choroby kobiece, • choroby nerek i dróg moczowych, • choroby krwi i układu krwiotwórczego.

Kudowa - Zdrój: • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby reumatologiczne, • choroby kardiologiczne i nadciśnienie, • choroby naczyń obwodowych, • choroby układu trawienia, • choroby endokrynologiczne, • choroby krwi i układu krwiotwórczego.

Latoszyn: (obszar ochrony uzdrowiskowej) • choroby ortopedyczno urazowe, • choroby reumatologiczne, • choroby neurologiczne.

Łądek - Zdrój: • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby układu nerwowego, • choroby reumatologiczne, • choroby naczyń obwodowych, • osteoperoza, • choroby skóry, • choroby kobiece.

Muszyzna - Złockie: • choroby reumatologiczne, • choroby górnych dróg oddechowych, • choroby układu trawienia, • choroby endokrynologiczne.

Nałęczów: • choroby kardiologiczne i nadciśnienie.

Piwniczna: • choroby reumatologiczne, • choroby górnych dróg oddechowych, • choroby dolnych dróg oddechowych, • choroby układu trawienia.

Polanica - Zdrój: • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby reumatologiczne, • choroby kardiologiczne i nadciśnienie, • choroby górnych dróg oddechowych, • choroby układu trawienia.

Polańczyk: • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby górnych dróg oddechowych, • choroby reumatologiczne, • choroby endokrynologiczne, • choroby kardiologiczne i nadciśnienie, • cukrzyca.

Połczyn - Zdrój: • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby układu nerwowego, • choroby reumatologiczne, • otyłość, • osteoperoza, • choroby kobiece.

Przerzecznym - Zdrój: • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby układu nerwowego, • choroby reumatologiczne.

Rabka - Zdrój: • choroby górnych dróg oddechowych, • choroby ortopedyczno-urazowe, • choroby dolnych dróg oddechowych, • choroby kardiologiczne i nadciśnienie, • choroby skóry, • cukrzyca.

Rymanów - Zdrój: • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby kardiologiczne i nadciśnienie, • choroby górnych dróg oddechowych, •

choroby dolnych dróg oddechowych, • choroby reumatologiczne, • choroby nerek i dróg moczowych.

Solec - Źródł: • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby układu nerwowego, • choroby reumatologiczne, • osteoporoza, • choroby skóry.

Sopot: • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby reumatologiczne, • choroby kardiologiczne i nadciśnienie, • choroby dolnych dróg oddechowych, • choroby układu nerwowego, • osteoporoza.

Supraśl: • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby reumatologiczne, • choroby kardiologiczne i nadciśnienie, • choroby górnych dróg oddechowych, • choroby dolnych dróg oddechowych.

Swoszowice: • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby układu nerwowego, • choroby reumatologiczne, • osteoporoza, • choroby skóry. Szczawnica • choroby ortopedyczno urazowe, • choroby reumatologiczne, • choroby górnych dróg oddechowych, • choroby dolnych dróg oddechowych, • otyłość.

Szczawnio - Źródł: • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby reumatologiczne, • choroby górnych dróg oddechowych, • choroby dolnych dróg oddechowych, • choroby układu trawienia, • cukrzyca, • otyłość, • osteoporoza, • choroby nerek i dróg moczowych.

Świeradów - Źródł: • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby układu nerwowego, • choroby reumatologiczne, • choroby dolnych dróg oddechowych, • choroby górnych dróg oddechowych, • choroby kardiologiczne i nadciśnienie, • choroby naczyń obwodowych, • choroby skóry, • choroby kobiece, • osteoporoza, • cukrzyca.

Świnoujście: • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby układu nerwowego, • choroby reumatologiczne, • choroby kardiologiczne i nadciśnienie, • choroby górnych dróg oddechowych, • choroby dolnych dróg oddechowych, • otyłość, • choroby endokrynologiczne, • osteoporoza, • choroby skóry. Uniejów • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby układu nerwowego, • choroby reumatologiczne, • choroby naczyń obwodowych, • choroby skóry, • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby układu nerwowego, • choroby reumatologiczne, • choroby kardiologiczne i nadciśnienie, • choroby górnych dróg oddechowych, • choroby dolnych dróg oddechowych, • choroby endokrynologiczne.

Ustroń: • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby układu nerwowego, • choroby reumatologiczne, • choroby kardiologiczne i nadciśnienie, • choroby naczyń obwodowych, • choroby górnych dróg oddechowych, • choroby dolnych dróg oddechowych, • cukrzyca, • otyłość, • osteoporoza.

Wapienne: • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby reumatologiczne.

Wieliczka: • choroby dolnych dróg oddechowych, • choroby górnych dróg oddechowych, • choroby skóry.

Wieniec - Źródł: • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby dolnych dróg oddechowych, • choroby reumatologiczne, • choroby układu nerwowego, • choroby kardiologiczne i nadciśnienie, • osteoporoza.

Wysowa: • choroby ortopedyczno - urazowe, • choroby układu nerwowego, • choroby reumatologiczne, • choroby górnych dróg oddechowych, • choroby dolnych dróg oddechowych, • choroby układu trawienia, • cukrzyca, • otyłość, • osteoporoza, • choroby nerek i dróg moczowych.

Żegiestów - Źródł: • choroby reumatologiczne, • choroby układu trawienia, • choroby nerek i dróg moczowych.

2.6 Usługi opiekuńcze

W sytuacji, kiedy osoba z powodu wieku lub choroby wymaga pomocy innych osób a jest jej pozbawiona możemy ubiegać się w ośrodku pomocy społecznej- właściwym ze względu na zamieszkanie osoby potrzebującej- o pomoc w formie usług opiekuńczych. Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Specjalistyczne usługi opiekuńcze są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym. Ośrodek pomocy społecznej, przyznając usługi opiekuńcze, ustala ich zakres, okres i miejsce świadczenia. Odpłatność za usługi oraz szczegółowe warunki częściowego lub całkowitego zwolnienia od opłat jak również tryb ich pobierania określa w drodze uchwały rada gminy.

2.7 Turnusy Rehabilitacyjne

Turnus rehabilitacyjny jest formą aktywnej rehabilitacji, połączoną z elementami wypoczynku, której celem jest przede wszystkim ogólna poprawa sprawności, pobudzanie i rozwijanie zainteresowań. Program turnusu powinien zawierać elementy rehabilitacji zgodnej z rodzajem schorzenia osoby niepełnosprawnej oraz obejmować inne zajęcia wpływające na rozwijanie umiejętności społecznych uczestników, nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych itp.

Turnus odbywa się w zorganizowanej grupie, liczącej nie mniej niż 20 uczestników i trwa nie krócej niż 14 dni.

Rodzaje turnusów rehabilitacyjnych:

- usprawniająco-rekreacyjny; • rekreacyjno-sportowy i sportowy; • szkoleniowy; • psychoterapeutyczny; • rozwijający zainteresowania i uzdolnienia; • nauki niezależnego funkcjonowania z niepełnosprawnością.

Turnusy rehabilitacyjne mogą być organizowane dla następujących grup osób niepełnosprawnych: • z dysfunkcją narządu ruchu, z wyłączeniem osób poruszających się na wózkach inwalidzkich; • z dysfunkcją narządu ruchu poruszających się na wózkach inwalidzkich; • z dysfunkcją narządu słuchu; • z dysfunkcją narządu wzroku; • z upośledzeniem umysłowym; • z chorobą psychiczną; • z padaczką; • ze schorzeniami układu krążenia; • z innymi niż wymienione w pkt 1-8 dysfunkcjami lub schorzeniami.

2.8 Opieka długoterminowa

W ramach opieki długoterminowej pacjent, który po zakończeniu leczenia szpitalnego wymaga dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, może skorzystać ze świadczeń gwarantowanych w tym zakresie, realizowanych w zakładach stacjonarnych lub w warunkach domowych.

2.9 Świadczenia realizowane w warunkach stacjonarnych

Ze świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych może skorzystać osoba przewlekle chora, która przebyła leczenie szpitalne i ma ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, ale nie wymagają już dalszej hospitalizacji w oddziale szpitalnym i powinna przebywać w zakładzie opiekuńczym ze względu na: stan zdrowia i niesprawność fizyczną, brak samodzielności w samoopiece i samopielęgnacji, konieczność stałej kontroli lekarskiej, potrzebę profesjonalnej pielęgnacji, rehabilitację.

Warunkiem jest uzyskanie w ocenie skalą Barthel 40 punktów lub mniej. Chorzy z niewydolnością oddechową, którzy wymagają stosowania ciągłej terapii oddechowej przy pomocy respiratora, lecz nie wymagają hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii, mogą zostać zakwalifikowani do leczenia w zakładzie opiekuńczym dla dorosłych lub dla dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie.

Pacjent może skorzystać z publicznych i niepublicznych zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych. Sposób i tryb kierowania osób do jednostek publicznych oraz zasady ustalania odpłatności za pobyt w określa minister zdrowia. W przypadku zakładów niepublicznych

decyzję o przyjęciu podejmuje dyrektor zakładu w porozumieniu z lekarzem zakładu.

Świadczenia, które należą się pacjentowi przebywającemu w ośrodku: wszystkie niezbędne leki, przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze (np. pieluchomajtki), badania diagnostyczne, żywienie dojelitowe i pozajelitowe.

WAŻNE

**Pacjent przebywający w zakładzie opiekuńczo-
lecniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym ponosi
koszty wyżywienia i zakwaterowania.**

2.10 Przepustka

Za zgodą lekarza i jednoczesną zgodą kierownika zakładu opiekuńczego, pacjent może uzyskać przepustkę. Łączny czas pobytu chorego na przepustkach nie powinien być dłuższy niż 10% czasu pobytu w zakładzie danego świadczeniodawcy w danym roku. Na czas jej trwania świadczeniodawca powinien zaopatrzyć pacjenta w niezbędne leki, wyroby medyczne i środki pomocnicze.

W przypadku, gdy w trakcie pobytu w zakładzie pacjent zostanie skierowany i przyjęty do leczenia szpitalnego, po jego wypisaniu ze szpitala nie jest konieczne ponowne składanie wniosku o przyjęcie do zakładu.

2.11 Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze realizowane w warunkach domowych

Ze świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w warunkach domowych mogą skorzystać obłożnie chorzy, którzy nie wymagają leczenia w warunkach stacjonarnych, jednak wymagają dodatkowej opieki i pomocy w domu.

Chorzy z niewydolnością oddechową, którzy wymagają stosowania respiratora mogą skorzystać z domowej opieki nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie.

Taką formą opieki mogą zostać objęci pacjenci:

- z udokumentowanym zakończonym leczeniem przyczynowym;
- w pełni zdiagnozowani (u których wykonano wszelkie niezbędne badania diagnostyczne, uzasadniające rozpoznanie i potwierdzające niemożność stosowania innej formy terapii niż wentylacja mechaniczna);
- którzy mają zapewnione odpowiednie warunki domowe i przeszkoloną rodzinę (opiekunów prawnych) w zakresie pielęgnacji, obsługi aparatury medycznej oraz udzielania pierwszej pomocy tak, aby podczas stosowania terapii mogło być zapewnione bezpieczeństwo chorego;
- którzy nie są objęci opieką paliatywną, hospicyjną lub realizowaną przez pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej.

Skierowanie na taki rodzaj leczenia wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego. Do skierowania powinny zostać dołączone następujące dokumenty:

- karta informacyjna leczenia szpitalnego,
- wyniki badań będących w posiadaniu pacjenta lub jego rodziny (opiekunów).

W przypadku terapii oddechowej przy pomocy respiratora w warunkach domowych wymagana jest także kwalifikacja do objęcia opieką w warunkach domowych, wydana przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii.

Obłożnie i przewlekle chorzy przebywający w domu, którzy nie wymagają leczenia w warunkach stacjonarnych, jednak ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają systematycznej i intensywnej domowej opieki pielęgniarstwa (realizowanej we współpracy z lekarzem POZ), mogą skorzystać z pielęgniarstwa opieki długoterminowej.

Do pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej mogą być zakwalifikowani pacjenci, którzy:

- w ocenie skalą Barthel otrzymali 40 punktów lub mniej,
- którzy nie zostali objęci opieką przez hospicjum domowe, inny stacjonarny zakład opiekuńczy udzielający świadczeń gwarantowanych, domową opieką dla pacjentów wentylowanych mechanicznie i nie są w ostrej fazie choroby psychicznej.

Na pierwszej wizycie w domu chorego, pielęgniarka dokonuje oceny stanu pacjenta skalą Barthel oraz ustala plan opieki. O rozpoznanych problemach pielęgnacyjnych i ustalonym planie opieki, pielęgniarka jest obowiązana poinformować pacjenta oraz jego rodzinę lub opiekunów.

Pielęgniarka opieki długoterminowej domowej wykonuje u pacjenta wszystkie czynności pielęgnacyjne, a nie tylko te, które wymienione są w „Karcie czynności pielęgnacyjnych długoterminowej domowej”. Każdą wykonaną przez pielęgniarkę czynność, pacjent, jego rodzina lub opiekun, potwierdza własnoręcznym podpisem. Nie należy podpisywać czynności, których pielęgniarka nie wykonała.

**Środki higieniczne i opatrunkowe, leki i inne
wyroby medyczne zlecone przez lekarza
ubezpieczenia zdrowotnego zapewnia rodzina
pacjenta (lub jego opiekun).**

2.12 Odpłatność za pobyt w sanatorium

Każdy pacjent przebywający w sanatorium uzdrowiskowym ponosi koszt zakwaterowania i wyżywienia. Wysokość opłaty za jeden dzień pobytu pacjenta dla turnusów trwających 21 oraz 28 dni zależy od standardu pokoju. Wysokość tych opłat nie jest dowolna, ale ściśle określona przez Ministra Zdrowia.

Zabiegi realizowane w ramach potwierdzonego uzdrowiskowego leczenia ambulatoryjnego są bezpłatne. Poniesiesz natomiast koszty pobytu i we własnym zakresie będziesz musiał zapewnić sobie zakwaterowanie i wyżywienie.

NFZ nie ponosi:

**kosztów przejazdu na leczenie uzdrowiskowe i z
leczenia uzdrowiskowego,**

kosztów częściowej odpłatności za wyżywienie i zakwaterowanie w sanatoriach uzdrowiskowych; kosztów wyżywienia i zakwaterowania podczas korzystania z leczenia ambulatoryjnego,

kosztów pobytu opiekuna pacjenta; dodatkowych obowiązujących w miejscu położenia zakładu opłat, np. opłat klimatycznych,

kosztów zabiegów przyrodoleczniczych i rehabilitacyjnych, niezwiązanych z chorobą podstawową, która jest bezpośrednią przyczyną skierowania na leczenie uzdrowiskowe.

Możesz wybrać **ośrodek rehabilitacyjny** na terenie Polski, który specjalizuje się w twoim schorzeniu. Ośrodki z reguły mają swoje wymogi dotyczące danych na skierowaniu np. chcą żeby ich ośrodek był wskazany na takim skierowaniu - warto więc przed opuszczeniem szpitala wybrać taki ośrodek, skontaktować się z nim i zapytać o wytyczne dotyczące samego skierowania oraz trybu składania (mail, listownie, osobiście). Uzyskane dane dotyczące wytycznych należy przekazać lekarzowi prowadzącemu, w celu wystawienia odpowiedniego skierowania.

Pamiętaj, że po opuszczeniu szpitala musisz jak najszybciej w złożyć skierowanie poszpitalne do wybranego ośrodka w celu realizacji rehabilitacji stacjonarnej. Jeśli po szpitalu trafisz do domu, a twój stan zdrowia uniemożliwia Ci samodzielne poruszanie możesz skorzystać z **REHABILITACJI DOMOWEJ**. Polega to na tym, że rehabilitant przychodzi do Ciebie do domu i z Tobą ćwiczy. W tym celu musisz poprosić swojego lekarza pierwszego kontaktu o wystawienie takiego skierowania i złożyć go w ośrodku rehabilitacyjnym, który realizuje takie usługi. Przed tym warto zadzwonić kilka ośrodków rehabilitacyjnych w okolicy i sprawdzić ich możliwości realizacji świadczenia pod kątem lokalizacji oraz możliwego terminu rozpoczęcia zabiegów. Po złożeniu skierowania lekarz z danego ośrodka przyjedzie do Ciebie i sprawdzi Twój stan zdrowia pod kątem braku możliwości dotarcia samodzielnego do ośrodka. Jeżeli zakwalifikuje Cię to ustalasz z ośrodkiem termin rozpoczęcia zabiegów. Rehabilitant przychodzi do Ciebie do domu i ćwiczy z tobą. Jeden cykl trwa miesiąc. **WAŻNE: TO NIE WYKLUCZA STARANIA SIĘ O REHABILITACJĘ W INNYM**

TRYBIE: STACJONARNYM, DZIENNYM - oczywiście nie można w 1 terminie korzystać z innych świadczeń ale można składać dokumenty.

W rozdziale 3 znajdziesz więcej informacji na temat **RADZENIA SOBIE PO WYPADKU**:

Jak możesz siebie wesprzeć po wypadku? – rozdział 3.1.

Jak możesz wesprzeć osobę bliską po wypadku? - rozdział 3.2.

Czym jest PTSD i jak je leczyć? – rozdział 3.3.

3. POWRÓT DO SIEBIE

Wypadek to bardzo trudne doświadczenie w życiu. **Możesz teraz przeżywać dużo emocji.** Pozwól sobie na nie. Płacz jeśli potrzebujesz. Mów o tym jeśli masz potrzebę. To pomaga. Poproś bliską osobę, żeby była przy tobie jeśli tego potrzebujesz. Powiedz jej, że samo bycie już Ci pomaga. Jeśli jest Ci ciężko. Nie masz z kim porozmawiać zadzwoń na infolinię powypadkową naszej fundacji.

- Jeżeli miesiąc po takim zdarzeniu nadal masz sny związane z wypadkiem, nie możesz przestać o tym myśleć, masz problemy z koncentracją i pamięcią zadzwoń do nas. To może być objaw **stresu pourazowego**. Skontaktujemy cię z ośrodkiem zajmującym się bezpłatną diagnostyką i leczeniem stresu pourazowego.

Pamiętaj !

Twój stan psychiczny decyduje o tym, jak szybko i w jakim stopniu wrócisz do siebie.

3.1 Jak możesz siebie wesprzeć po wypadku?

Wypadek to trudny moment w życiu. Pomoc możesz otrzymać od psychologa, bliskich, ale też od samego siebie.

- Mów otwarcie o swoich odczuciach i potrzebach. Ty najlepiej wiesz, co przeżywasz. Poproś bliską Ci osobę, żeby była przy Tobie, jeśli tego właśnie potrzebujesz.
- Płacz, jeśli czujesz taką potrzebę. Płacz działa kojąco. Nigdy nie hamuj takich emocji, jeśli czujesz je w sobie.
- Opowiadaj bliskim i przyjaciołom o tym, co się stało tak często i tak długo, jak potrzebujesz.

3.2 Jak możesz wesprzeć osobę bliską po wypadku?

- Po prostu bądź – sama obecność przyjaciół bliskich osób pomaga. Nie przejmuj się, że nie wiesz, co powiedzieć. Ważne, że jesteś.
- Słuchaj uważnie i nie przerywaj – poprzez opowiadanie o wypadku osoba radzi sobie z trudnymi przeżyciami.
- Nie udzielaj dobrych rad – to może złościć i utrudniać kontakty. Nie obwiniaj, nie pouczaj... poczucie winy nic nie zmienia.
- Pozwól płakać – płacz pomaga. Tłumienie emocji tylko nasili napięcie.

- Jeśli widzisz, że osoba tłumi w sobie płacz, zachęcaj ją do płaczu.
- Pokaż nowe możliwości – zainteresuj jakimś zajęciem bądź pasją (mogą to być krzyżówki, sudoku, internet, haftowanie, książki, rysowanie itp.).

3.3 Czym jest PTSD i jak je leczyć?

Jeśli odczuwasz ciągły lęk, niepokój, zmęczenie, smutek, bezradność, masz problemy z koncentracją, pamięcią, problemy ze snem oraz masz koszmary senne, a objawy utrzymują się przez minimum jeden miesiąc możesz wymagać pomocy specjalistów. To można leczyć. Zgłoś się do nas. Wskażemy Ci odpowiednie miejsce diagnostyki i terapii.

Zespół stresu pourazowego (PTSD) z angielskiego posttraumatic stress disorder. To rodzaj zaburzenia lękowego, będącego efektem przeżycia traumatycznego wydarzenia. To, czy się rozwinie, zależy od predyspozycji genetycznych i osobowości przed urazem. Szczególną rolę odgrywa tu aktywność neurohormonalnej osi podwzgórzowo-przysadkowo-korowo-nadnerczowej oraz kortykolibera i kortyzol.

Wśród głównych objawów wyróżnia się: przeżywanie na nowo urazowej sytuacji w natrętnych wspomnieniach i koszmarach sennych, poczucie odrętwienia i przytępienia uczuciowego, odizolowanie od innych ludzi, brak reakcji na otoczenie, niezdolność do przeżywania przyjemności, unikanie działań i sytuacji, które mogłyby przypomnieć przeżyty uraz, stan nadmiernego pobudzenia wegetatywnego z nadmierną czujnością i wzmożoną reaktywnością na bodźce oraz lęk i depresja. Gdy występują wymienione objawy w przeciągu 6 miesięcy od zdarzenia urazowego rozpoznaje się PTSD. Jednak taką diagnozę zawsze stawia osoba wykwalifikowana. Jeśli zauważasz u siebie niepokojące objawy warto skonsultować się ze specjalistą psychologiem bądź psychoterapeutą. PTSD jest sklasyfikowaną jednostką kliniczną, która wymaga leczenia. Dlatego warto skorzystać z pomocy specjalisty. W opanowaniu lęku, depresji i innych objawów PTSD pomocne są środki farmakologiczne oraz psychoterapia. depresji i innych objawów PTSD pomocne są środki farmakologiczne oraz psychoterapia.

W rozdziale 4 znajdziesz więcej informacji na temat **ULGI I USPRAWNIEŃ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

Komunikacja Miejska – rozdział 4.1.

Ulgi Pocztowe - rozdział 4.2.

Ulga w opłacie za paszport i dowód osobisty – rozdział 4.3.

Ulgi podatkowe dla osób niepełnosprawnych – rozdział 4.4.

Ulgi osób niepełnosprawnych w przejazdach PKP i PKS – rozdział 4.5.

RTV – rozdział 4.6.

4. Ulgi i uprawnienia osób z niepełnosprawnością

4.1 Komunikacja Miejska

Katalog osób uprawnionych do przejazdów ulgowych oraz wymiar ulg określany jest przez prawo lokalne. Dlatego w poszczególnych miejscowościach wysokość ulgi może być różna. Informacje dotyczące ulg w komunikacji danego miasta można znaleźć na stronach miasta lub zakładów komunikacyjnych.

4.2 Ulgi Pocztowe

Placówki świadczące powszechne usługi pocztowe w naszym kraju mają obowiązek:

- umożliwić osobom poruszającym się za pomocą wózka inwalidzkiego korzystanie z usług,
- tworzenia w placówkach pocztowych odpowiednio oznakowanych stanowisk obsługi osób niepełnosprawnych,
- umieszczania nadawczych skrzynek pocztowych w taki sposób i w takim miejscu aby umożliwić korzystanie z nich osobie niepełnoprawnej, poruszającej się za pomocą wózka inwalidzkiego.
Doręczanie i przyjmowanie przesyłek:
- osoby z uszkodzeniami narządu ruchu powodującym konieczność korzystania z wózka inwalidzkiego, mogą mieć dostarczane bez pobierania dodatkowych opłat przesyłki listowe, przesyłki rejestrowane, w tym z zadeklarowaną wartością oraz kwoty pieniężne określone w przekazach pocztowych (należy wypełnić odpowiedni wniosek w swojej placówce pocztowej).
- placówki pocztowe mają obowiązek przyjmować od osoby niepełnosprawnej w miejscu jej zamieszkania prawidłowo opłaconej przesyłki niebędącej przesyłką rejestrowaną.

4.3 Ulga w opłacie za paszport i dowód osobisty

Ulgowa opłata za wydanie paszportu w wysokości 50% przysługuje (po udokumentowaniu):

- osobom niepełnosprawnym, a także współmałżonkom tych osób pozostającym na ich wyłącznym utrzymaniu,

- osobom przebywającym w domach pomocy społecznej lub w zakładach opiekuńczych albo korzystającym z pomocy społecznej w formie zasiłków stałych.

Bez opłaty paszportowej

Nie pobiera się opłaty za wydanie paszportu (po udokumentowaniu) od:

- osób przebywających w domach opieki społecznej lub zakładach opiekuńczych albo korzystających z pomocy społecznej w formie zasiłków stałych, jeżeli ich wyjazd za granicę następuje w celu długotrwałego leczenia lub w związku z koniecznością poddania się operacji.

Od 01.01.2010 r. nie pobiera się opłaty za wydanie dowodu osobistego.

4.4 Ulgi podatkowe dla osób niepełnosprawnych

W rozliczeniu podatkowym za dany rok możliwe jest dokonanie odliczenia wydatków na cele:

- rehabilitacyjne,
- wydatków związanych z ułatwieniem wykonywania czynności życiowych, poniesionych w roku podatkowym przez podatnika będącego osobą niepełnosprawną lub podatnika, na którego utrzymaniu są osoby niepełnosprawne.

Warunkiem odliczenia wydatków jest posiadanie przez osobę, której dotyczy wydatek:

- orzeczenia o zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności, określonych w odrębnych przepisach, lub
- decyzji przyznającej rentę z tytułu całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, rentę szkoleniową albo rentę socjalną, lub
- orzeczenia o niepełnosprawności osoby, która nie ukończyła 16 roku życia, wydane na podstawie odrębnych przepisów.

Z ulgi mogą skorzystać również podatnicy, na których utrzymaniu pozostają następujące osoby niepełnosprawne:

współmałżonek, dzieci własne i przysposobione, dzieci obce przyjęte na wychowanie, pasierbowie, rodzice, rodzice współmałżonka, rodzeństwo, ojczym,

macocha, zięciowie i synowie - jeżeli w roku podatkowym dochody tych osób niepełnosprawnych nie przekraczają kwoty limitu.

Warunkiem skorzystania z większości ulg rehabilitacyjnych jest posiadanie przez podatnika dokumentów stwierdzających poniesienie wydatków. Nie dotyczy to jednak wydatków na:

- używanie samochodu osobowego, stanowiącego własność (współwłasność) osoby niepełnosprawnej zaliczonej do I lub II grupy inwalidztwa lub podatnika mającego na utrzymaniu osobę niepełnosprawną zaliczoną do I lub II grupy inwalidztwa albo dzieci niepełnosprawne, które nie ukończyły 16 roku życia, dla potrzeb związanych z koniecznym przewozem na niezbędne zabiegi leczniczo-rehabilitacyjne,
- opłacenie przewodników osób z niepełnosprawnością narządu ruchu zaliczonych do I grupy inwalidztwa (znacznym stopniem niepełnosprawności).

W każdym z tych przypadków można odliczyć ustaloną co roku kwotę, bez potrzeby dokumentowania poniesionych wydatków.

Wydatki które można odliczyć na podstawie posiadanych dokumentów:

- koszty adaptacji i wyposażenia mieszkań oraz budynków mieszkalnych stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności,
- przystosowanie pojazdów mechanicznych do potrzeb wynikających z niepełnosprawności,
- zakup i naprawę indywidualnego sprzętu, urządzeń i narzędzi technicznych niezbędnych w rehabilitacji oraz ułatwiających wykonywanie czynności życiowych, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, z wyjątkiem sprzętu gospodarstwa domowego,
- zakup materiałów szkoleniowych, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności,
- odpłatność za pobyt na turnusie rehabilitacyjnym,
- odpłatność za pobyt na leczeniu w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, za pobyt w zakładzie rehabilitacji leczniczej, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno- opiekuńczych oraz odpłatność za zabiegi rehabilitacyjne,
- opiekę pielęgniarską w domu nad osobą niepełnosprawną w okresie przewlekłej choroby uniemożliwiającej poruszanie się oraz usługi

opiekuńcze świadczone dla osób niepełnosprawnych zaliczonych do I grupy inwalidztwa (znaczny stopień niepełnosprawności),

- kolonie i obozy dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz dzieci osób niepełnosprawnych, które nie ukończyły 25 roku życia,
- leki w wysokości stanowiącej różnicę pomiędzy faktycznie poniesionymi wydatkami w danym miesiącu, a ustaloną co roku kwotą, jeśli lekarz specjalista stwierdzi, że osoba niepełnosprawna powinna stosować określone leki (stałe lub czasowo),
- odpłatny, konieczny przewóz na niezbędne zabiegi leczniczo-rehabilitacyjne: osoby niepełnosprawnej – karetką transportu sanitarnego, osoby niepełnosprawnej, zaliczonej do I lub II grupy inwalidztwa, dzieci niepełnosprawnych do lat 16 – również innymi niż karetka środkami transportu,
- odpłatne przejazdy środkami transportu publicznego związane z pobytem: na turnusie rehabilitacyjnym, w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, w zakładzie rehabilitacji leczniczej, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, na koloniach i obozach dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz dzieci osób niepełnosprawnych, które nie ukończyły 25 roku życia.

WAŻNE

Nie można odliczyć wydatków na cele rehabilitacyjne, które zostały sfinansowane lub dofinansowane ze środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia albo zostały zwrócone podatnikowi w jakiegokolwiek innej formie. Jeśli wydatki były tylko częściowo finansowane z powyższych funduszy czy środków, odliczeniu podlega różnica pomiędzy poniesionymi wydatkami, a kwotą sfinansowaną czy zwróconą z jakichkolwiek innych środków.

4.5 Ulgi osób niepełnosprawnych w przejazdach PKP i PKS

Ulga dla dzieci i młodzieży dotkniętej niepełnosprawnością:

- Przejazdy PKP (2 klasa) :
 - 78% ulga w pociągach osobowych, pospiesznych i ekspresowych, IC, EC (dotyczy biletów jednorazowych lub miesięcznych imiennych, w 2 klasie, w klasie 1 dopłata).

- Przejazdy PKS:
 - 78% ulga w autobusach zwykłych, przyspieszonych i pospiesznych (dotyczy biletów jednorazowych lub miesięcznych imiennych).

WAŻNE

**Wyłącznie w ramach przejazdów celowych,
których katalog zawiera ustawa np. dom - szkoła -
dom.**

Ulga dla rodzica lub opiekuna dzieci i młodzieży dotkniętej niepełnosprawnością:

- Przejazdy PKP (2 klasa) :
 - 78% ulga w pociągach osobowych, pospiesznych i ekspresowych, IC, EC (dotyczy wyłącznie biletów jednorazowych w 2 klasie, w klasie 1 dopłata).
- Przejazdy PKS:
 - 78% ulga w autobusach zwykłych, przyspieszonych i pospiesznych (dotyczy wyłącznie biletów jednorazowych).

Ulgi dla osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji:

- Przejazdy PKP (2 klasa) :
 - 49% ulga w pociągach osobowych (dotyczy wyłącznie biletów jednorazowych),
 - 37 % ulga w pociągach pospiesznych i ekspresowych, IC, EC (dotyczy wyłącznie biletów jednorazowych w 2 klasie, w klasie 1 dopłata).
- Przejazdy PKS:
 - 49% ulga w autobusach zwykłych (dotyczy tylko biletów jednorazowych),

- 37% ulga w autobusach przyspieszonych i pospiesznych (dotyczy tylko biletów jednorazowych).

WAŻNE

Aby móc skorzystać z ulgi należy mieć przy sobie ważny dokument poświadczający prawo do ulgi.

4.6 RTV

Od opłat abonamentowych zwalnia się osoby:

1. co do których orzeczono o:

całkowitej niezdolności do pracy,

znacznym stopniu niepełnosprawności,

trwałej lub okresowej całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym;

2. które otrzymują świadczenie pielęgnacyjne z właściwego organu realizującego zadania w zakresie świadczeń rodzinnych jako zadanie zlecone z zakresu administracji rządowej lub rentę socjalną z ZUS lub innego organu emerytalno-rentowego.

Więcej informacji na temat ŚWIADCZEŃ znajdziesz w rozdziale 5

Renta z tytułu niezdolności do pracy – rozdział 5.1

Renta socjalna – rozdział 5.2

Środki odwoławcze – rozdział 5.3

5. ŚWIADCZENIA

5.1 Renta z tytułu niezdolności do pracy

5.1.1 Warunki nabycia prawa do renty

Prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy przysługuje osobie, która spełnia łącznie następujące warunki:

- jest niezdolna do pracy,
- ma wymagany - odpowiednio do wieku, w którym powstała niezdolność do pracy - okres składkowy i nieskładkowy,
- niezdolność do pracy powstała w określonych ustawą z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych¹ okresach składkowych lub nieskładkowych albo nie później niż w ciągu 18 miesięcy od ustania tych okresów.

Zasady orzekania o niezdolności do pracy

Do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych należy m.in. orzekanie w celu ustalania uprawnień do świadczeń z ubezpieczeń społecznych i innych świadczeń wypłacanych przez ZUS, do których prawo zależy od stwierdzenia niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji. Chodzi np. o rentę z tytułu niezdolności do pracy czy rentę socjalną.

Orzeczenia wydają:

- lekarz orzecznik ZUS - w I instancji,
- komisja lekarska ZUS - w II instancji.

Postępowanie orzecznicze rozpoczyna się na wniosek osoby występującej o świadczenie, np. o rentę z tytułu niezdolności do pracy. Do wniosku - oprócz dokumentów uzasadniających prawo do świadczenia i jego wysokości - trzeba dołączyć:

- zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza, pod którego opieką lekarską znajduje się osoba ubiegająca się o świadczenie, wystawione nie wcześniej niż na miesiąc przed datą złożenia wniosku,
- wywiad zawodowy dotyczący charakteru i rodzaju pracy,
- dokumentację medyczną oraz inne dokumenty mające znaczenie dla wydania orzeczenia, kartę badania profilaktycznego, dokumentację rehabilitacji leczniczej lub zawodowej.

Lekarz orzecznik i komisja lekarska oceniają niezdolność do pracy, jej stopień, a także ustalają:

- datę powstania niezdolności do pracy,
- trwałość lub przewidywany okres trwania niezdolności do pracy,
- związek przyczynowy niezdolności do pracy lub śmierci z określonymi okolicznościami,
- trwałość lub przewidywany okres niezdolności do samodzielnej egzystencji,
- celowość przekwalifikowania zawodowego.

WAŻNE

Niezdolność do pracy ocenia lekarz orzecznik lub komisja lekarska, wydając orzeczenie. Przy ocenie stopnia i przewidywanego okresu niezdolności do pracy oraz rokowań odzyskania zdolności do pracy lekarz orzecznik i komisja lekarska uwzględniają:

- **stopień naruszenia sprawności organizmu i możliwość przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji,**
- **możliwość wykonywania dotychczasowej pracy lub podjęcia innej oraz celowość przekwalifikowania zawodowego (biorąc pod uwagę rodzaj, charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek predyspozycje psychofizyczne).**

Zwrot kosztów wezwanych na badanie

Osobom wezwanym na badanie przez lekarza orzecznika, komisję lekarską lub konsultanta ZUS, na badania dodatkowe lub obserwację szpitalną przysługuje zwrot kosztów przejazdu. ZUS zwraca koszty przejazdu najtańszym środkiem komunikacji publicznej.

5.1.2 Pojęcie niezdolności do pracy

Niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania tej zdolności po przekwalifikowaniu. Niezdolność do pracy może być częściowa albo całkowita.

Częściowo niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła w znacznym stopniu zdolność do pracy zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji.

Całkowicie niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy.

Stwierdzenie naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych stanowi podstawę do orzeczenia **niezdolności do samodzielnej egzystencji**.

Niezdolność do pracy jest orzekana na okres nie dłuższy niż 5 lat. Jeżeli jednak według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy przed upływem tego okresu, to jest ona orzekana na okres dłuższy.

WAŻNE

Postępowanie w sprawie orzeczenia niezdolności do pracy jest dwuinstancyjne. W I instancji orzeka lekarz orzecznik ZUS, natomiast w II instancji - komisja lekarska ZUS. Osobie zainteresowanej przysługuje sprzeciw do komisji lekarskiej Zakładu w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia lekarza orzecznika.

5.1.3 Rodzaje renty z tytułu niezdolności do pracy

Renta z tytułu niezdolności do pracy może być przyznana na stałe lub na określony czas.

- **Renta stała** przysługuje osobie, której niezdolność do pracy została uznana przez lekarza orzecznika ZUS lub komisję lekarską ZUS za trwałą.
- **Renta okresowa** przysługuje osobie, której niezdolność do pracy została uznana przez lekarza orzecznika ZUS lub komisję lekarską ZUS za okresową, czyli mającą charakter czasowy.

Renta okresowa przysługuje przez okres wskazany w decyzji ZUS. Nie ogranicza to uprawnień osoby niezdolnej do pracy do zgłoszenia wniosku o przeprowadzenie ponownego badania w celu zmiany stopnia niezdolności do pracy.

5.1.4 Staż uprawniający do renty

Okres składkowy i nieskładkowy wymagany do przyznania renty z tytułu niezdolności do pracy, czyli staż, uzależniony jest od wieku, w którym powstała niezdolność do pracy. Wynosi od 1 roku - jeżeli niezdolność do pracy powstała przed ukończeniem 20 lat - aż do 5 lat - gdy niezdolność do pracy powstała w wieku powyżej 30 lat.

Okresy składkowe to m.in. okresy zatrudnienia (np. na podstawie umowy o pracę) albo samodzielnego opłacania składek na ubezpieczenia społeczne (np. od prowadzonej działalności gospodarczej).

Okresy nieskładkowe to okresy braku aktywności zawodowej i przerwy w opłacaniu składek na ubezpieczenia, które uwzględnia się przy ustalaniu prawa do renty (np. okres studiów lub pobierania zasiłku chorobowego czy świadczenia rehabilitacyjnego).

WAŻNE

Warunek posiadania okresu składkowego i nieskładkowego nie jest wymagany do przyznania renty, gdy niezdolność do pracy powstała wskutek wypadku w drodze do pracy lub z pracy.

Osoby, u których niezdolność do pracy powstała po ukończeniu 30 lat, muszą spełniać dodatkowy warunek - wymagany 5-letni okres składkowy i

nieskładkowy musi przypadać w ostatnim dziesięcioleciu przed dniem zgłoszenia wniosku o rentę lub dniem powstania niezdolności do pracy. Od tej zasady jest jednak wyjątek. Dotyczy on osób całkowicie niezdolnych do pracy, które udowodniły okres składkowy wynoszący, co najmniej 25 lat dla kobiet i 30 lat dla mężczyzn. Takie osoby otrzymają rentę bez względu na to, czy posiadają 5-letni okres składkowy i nieskładkowy w ciągu ostatniego dziesięciolecia. Przy ustalaniu, co najmniej 25-letniego albo 30-letniego stażu uwzględnia się wyłącznie okresy składkowe.

Warunek wymaganego (ze względu na wiek) okresu składkowego i nieskładkowego uważa się za spełniony, mimo że ubezpieczony tego okresu nie osiągnął, jeśli został on zgłoszony do ubezpieczenia:

- przed ukończeniem 18 lat, albo
- w ciągu 6 miesięcy po ukończeniu nauki w szkole ponadpodstawowej, ponadgimnazjalnej lub w szkole wyższej oraz do dnia powstania niezdolności do pracy miał - bez przerwy lub z przerwami nieprzekraczającymi 6 miesięcy - okresy składkowe i nieskładkowe.

Warunkiem nabycia prawa do renty jest również powstanie niezdolności do pracy w wymienionym w przepisach okresie składkowym lub nieskładkowym (m.in. ubezpieczenia, pobierania zasiłku macierzyńskiego, wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy, zasiłków chorobowego czy opiekuńczego) albo nie później niż w ciągu 18 miesięcy od zakończenia wymienionych okresów składkowych lub nieskładkowych.

WAŻNE

Warunek powstania niezdolności do pracy we wskazanych okresach nie jest wymagany w przypadku orzeczenia całkowitej niezdolności do pracy i udowodnienia okresu składkowego i nieskładkowego wynoszącego, co najmniej 20 lat dla kobiet i 25 lat dla mężczyzn.

5.1.5 Powstanie i ustanie prawa do renty

Prawo do renty powstaje z dniem spełnienia wszystkich wymaganych warunków, nie wcześniej jednak niż od miesiąca, w którym zgłoszono wniosek o to świadczenie.

W przypadku pobierania zasiłku chorobowego, wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy lub świadczenia rehabilitacyjnego prawo do renty można nabyć dopiero z dniem zaprzestania pobierania tego zasiłku, wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy lub świadczenia rehabilitacyjnego.

Prawo do renty ustaje:

- gdy ustanie którykolwiek z warunków wymaganych do jej uzyskania, np., gdy ustąpi niezdolność do pracy,
- z upływem okresu, na jaki została ona przyznana,
- z dniem, od którego z urzędu została przyznana emerytura,
- ze śmiercią osoby uprawnionej.

Prawo do renty, które ustało z powodu ustąpienia niezdolności do pracy, jest przywracane, jeżeli dana osoba ponownie stanie się niezdolna do pracy w ciągu 18 miesięcy od ustania prawa do renty.

5.1.6 Wysokość renty

Wysokość renty z tytułu niezdolności do pracy zależy od:

- wymiaru udowodnionych okresów składkowych i nieskładkowych,
- wysokości zarobków wskazanych do obliczenia podstawy wymiaru renty,
- kwoty bazowej obowiązującej w dniu nabycia prawa do renty,
- stopnia orzeczonej niezdolności do pracy.

Jeżeli podstawy wymiaru renty (przeciętnej podstawy wymiaru składek) nie można ustalić, ZUS przyznaje rentę z tytułu niezdolności do pracy w wysokości najniższego świadczenia.

5.1.7 Zawieszenie i zmniejszenie renty

Prawo do renty ulega zawieszeniu albo świadczenie to jest zmniejszane, jeśli rencista osiąga dodatkowy przychód z tytułu:

- zatrudnienia, służby lub innej pracy zarobkowej albo prowadzenia pozarolniczej działalności (w tym także za granicą, chyba, że umowy międzynarodowe w dziedzinie ubezpieczeń społecznych stanowią inaczej),
- pobierania zasiłków: chorobowego, macierzyńskiego, opiekuńczego, wyrównawczego, świadczeń rehabilitacyjnego i wyrównawczego, dodatku wyrównawczego, a także wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy.

Za przychód emerytów prowadzących pozarolniczą działalność uważa się przychód stanowiący podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne. Przychodem jest również wynagrodzenie otrzymywane na stanowisku sędziego lub prokuratora, a także uposażenie pobierane przez będących w stanie spoczynku sędziego lub prokuratora.

Na zawieszenie prawa do renty i zmniejszenie jej wysokości nie wpływa przychód osiągnięty z tytułu umowy nieobjętej obowiązkiem ubezpieczeń społecznych (na przykład z umowy o dzieło zawartej z osobą niebędącą jednocześnie pracodawcą rencisty i niedotyczącej pracy na rzecz tego pracodawcy).

Jeżeli rencista osiąga przychód:

- nieprzekraczający 70% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia za kwartał kalendarzowy, ogłaszanego przez prezesa GUS - renta wypłacana jest w pełnej wysokości,
- przekraczający 70% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, nie wyższy jednak niż 130% tego wynagrodzenia - renta jest odpowiednio zmniejszana,
- przekraczający 130% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia - wypłata renty jest w całości zawieszana.

Rencista jest zobowiązany zawiadomić ZUS o podjęciu działalności podlegającej obowiązkowi ubezpieczenia społecznego i o wysokości osiąganego z tego tytułu przychodu.

WAŻNE

Limity zarobkowe, których przekroczenie powoduje zawieszenie albo zmniejszenie renty, można znaleźć na stronie internetowej www.zus.pl.

5.1.8 Tryb postępowania o przyznanie renty

Aby otrzymać rentę, osoba zainteresowana (lub jej pełnomocnik, czyli osoba upoważniona) musi złożyć wniosek. Można to zrobić bezpośrednio w jednostce Zakładu Ubezpieczeń Społecznych właściwej ze względu na miejsce zamieszkania wnioskodawcy (na piśmie lub ustnie do protokołu). Jeśli wniosek zostanie złożony w innej jednostce ZUS, przekaze go ona do właściwej. Wniosek można też złożyć za pośrednictwem przedsiębiorcy uprawnionego do wykonywania działalności pocztowej w obrocie krajowym lub zagranicznym (np. Poczty Polskiej S.A., firmy kurierskiej) lub za pośrednictwem płatnika składek (np. pracodawcy) albo w polskim urzędzie konsularnym.

Wniosek może być też zgłoszony w formie elektronicznej przez Platformę Usług Elektronicznych ZUS. Jest to możliwe w przypadku posiadania podpisu elektronicznego (kwalifikowanego certyfikatu lub profilu zaufanego elektronicznej Platformy Usług Administracji Publicznej).

Do wniosku o przyznanie renty należy dołączyć:

- zaświadczenie o stanie zdrowia (formularz ZUS N-9) wypełnione przez lekarza prowadzącego leczenie osoby ubiegającej się o świadczenie,
- wywiad zawodowy (formularz ZUS N-10) - ankietę wypełnioną przez płatnika składek, jeżeli osoba występująca o rentę jest zatrudniona,
- kwestionariusz dotyczący okresów składkowych i nieskładkowych (druk ZUS Rp-6) lub formularz unijny E 207 PL w przypadku osób posiadających okresy ubezpieczenia zarówno w Polsce, jak i w innych państwach członkowskich UE/EFTA,
- dokumenty potwierdzające okresy składkowe i nieskładkowe (np. świadectwa pracy, legitymacje ubezpieczeniowe),

- zaświadczenia pracodawcy o wysokości osiąganego wynagrodzenia (druk ZUS Rp-7, legitymację ubezpieczeniową zawierającą odpowiednie wpisy bądź inny dokument, na podstawie którego można ustalić wysokość wynagrodzenia, dochodu, przychodu lub uposażenia),
- kartę wypadku w drodze do pracy lub z pracy, jeśli zgłaszany jest wniosek o rentę z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy.

5.1.9 Wypłata renty

Rentę z tytułu niezdolności do pracy wypłaca się za poszczególne miesiące kalendarzowe w dniu ustalonym w decyzji ZUS jako termin płatności świadczenia.

Renta może być przekazywana osobie uprawnionej za pośrednictwem osób prawnych prowadzących działalność w zakresie doręczania świadczeń albo - na wniosek tej osoby - na jej rachunek w banku lub w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej.

Osobie uprawnionej mieszkającej za granicą renta może być wypłacana na jej rachunek bankowy w Polsce lub do rąk wskazanej osoby mieszkającej w Polsce.

5.1.10 O czym osoby pobierające rentę powinny powiadomić ZUS

Osoba pobierająca rentę z tytułu niezdolności do pracy musi powiadomić oddział ZUS, który wypłaca jej świadczenie, o:

- osiągnięciu przychodu z tytułu zatrudnienia, służby lub innej pracy zarobkowej albo prowadzenia pozarolniczej działalności - w tym o przychodzie osiąganym za granicą, a także o jego wysokości,
- łącznej kwocie przychodu osiągniętego w roku kalendarzowym - w terminie do końca lutego następnego roku (aby sprawdzić, jakie rozliczenie jest korzystniejsze: roczne czy miesięczne, należy podać przychody osiągnięte w poszczególnych miesiącach roku),
- zgłoszeniu wniosku o emeryturę lub rentę do innego organu rentowego, zmianie miejsca zamieszkania, numeru rachunku w banku lub spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej,
- innych okolicznościach powodujących zawieszenie prawa do świadczeń np. o pobycie w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub

pielęgnacyjno--opiekuńczym (osobie, która przebywa w wymienionej placówce dodatek pielęgnacyjny nie przysługuje, chyba, że przebywa ona poza tą placówką przez okres dłuższy niż 2 tygodnie w miesiącu).

5.2 Renta socjalna

5.2.1 Komu przysługuje renta socjalna

Renta socjalna jest przyznawana i wypłacana przez właściwą jednostkę Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na podstawie ustawy z dnia 27 czerwca 2003 r. o rencie socjalnej. W szczególnych przypadkach renta ta jest wypłacana także przez inne organy emerytalno-rentowe, np. Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS).

Renta socjalna przysługuje osobie, która jest:

- pełnoletnia oraz
- całkowicie niezdolna do pracy z powodu naruszenia sprawności organizmu, które powstało:
 - przed ukończeniem 18. roku życia albo,
 - w trakcie nauki w szkole lub w szkole wyższej – przed ukończeniem 25. roku życia, albo,
 - w trakcie studiów doktoranckich lub aspirantury naukowej.

Osobą pełnoletnią jest osoba, która ukończyła 18 lat. Za osobę pełnoletnią uważa się również kobietę, która nie osiągnęła jeszcze 18 roku życia, ale zawarła związek małżeński po ukończeniu 16 lat.

Całkowitą niezdolność do pracy i przewidywany okres jej trwania ustala lekarz orzecznik ZUS lub komisja lekarska ZUS. Za całkowicie niezdolną do pracy uważa się osobę, która utraciła zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy. Przy ocenie prawa do renty nie jest istotne, kiedy powstała całkowita niezdolność do pracy, lecz to, aby niezdolność ta była skutkiem naruszenia sprawności organizmu powstałego w wymienionych wyżej okresach.

WAŻNE

Renta może być przyznana na stałe - jeżeli całkowita niezdolność do pracy jest trwała, lub na

wskazany okres - jeśli całkowita niezdolność do pracy jest okresowa.

Niezdolność do pracy orzeka się na okres nie dłuższy niż 5 lat. Niezdolność do pracy może być orzeczona na okres dłuższy niż 5 lat, jeżeli według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy przed upływem tego okresu.

Przyznanie i pobieranie renty socjalnej nie jest uzależnione od spełnienia warunku przebywania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Renta przysługuje m.in. osobom posiadającym obywatelstwo polskie, które przebywają czasowo za granicą (np. w celu nauki, u rodziny).

5.2.2 Kiedy nie przysługuje renta socjalna?

Renta socjalna nie przysługuje osobie, która:

- ma ustalone prawo do emerytury, uposażenia w stanie spoczynku, renty z tytułu niezdolności do pracy, renty inwalidzkiej, renty strukturalnej, świadczenia przedemerytalnego, zasiłku przedemerytalnego lub nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego,
- pobiera świadczenia o charakterze rentowym z instytucji zagranicznych,
- jest tymczasowo aresztowana albo odbywa karę pozbawienia wolności (z wyłączeniem osób odbywających karę pozbawienia wolności, w systemie dozoru elektronicznego),
- ma ustalone prawo do renty rodzinnej (części renty) przez jednostkę ZUS lub przez inny organ emerytalno-rentowy (np. KRUS) w wysokości przekraczającej 200% kwoty najniższej renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy,
- jest właścicielem lub posiadaczem (samoistnym albo zależnym) nieruchomości rolnej, w rozumieniu Kodeksu cywilnego³, o powierzchni użytków rolnych przekraczającej 5 ha przeliczeniowych lub - jako współwłaściciel - ma udział w takiej nieruchomości, który przekracza 5 ha przeliczeniowych.

ZUS może wypłacić 50% kwoty renty socjalnej osobie tymczasowo aresztowanej lub odbywającej karę pozbawienia wolności samotnie

gospodarującej, nieposiadającej innego przychodu i niemającej prawa do renty rodzinnej, która:

- jest właścicielem lokalu mieszkalnego (domu jednorodzinnego),
- ma spółdzielcze prawo do lokalu,
- jest najemcą lokalu mieszkalnego wchodzącego w skład mieszkaniowego zasobu gminy czy innych jednostek samorządu terytorialnego albo stanowiącego własność Skarbu Państwa lub państwowych osób prawnych,
- oraz zobowiąże się pisemnie, że z kwoty tej będzie dokonywała opłat z tytułu czynszu lub innych należności za lokal mieszkalny (dom jednorodzinny), a także potwierdzi, że w lokalu (domu jednorodzinny) nie przebywają inne osoby.

5.2.3 Wysokość renty

Renta socjalna wynosi 84% kwoty najniższej renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy.

Gdy osoba ubiegająca się o rentę socjalną jest jednocześnie uprawniona do renty rodzinnej, której wysokość nie przekracza 200% kwoty najniższej renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, przysługuje jej prawo do obydwu tych świadczeń. **Łączna wysokość renty rodzinnej i renty socjalnej nie może przekraczać 200% kwoty najniższej renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy.**

Gdy łączna wysokość tych dwóch świadczeń przekracza 200% najniższej renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, obniżana jest wysokość renty socjalnej. Kwota obniżonej renty socjalnej nie może być jednak niższa niż 10% kwoty najniższej renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy.

5.2.4 Zawieszenie prawa do renty

Prawo do renty socjalnej jest zawieszane w przypadku, gdy osoba uprawniona osiągnęła przychód w łącznej kwocie przekraczającej 70% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia za kwartał kalendarzowy, ostatnio ogłoszonego przez Prezesa GUS dla celów emerytalnych. Aktualny limit zarobkowy można znaleźć na stronie internetowej www.zus.pl.

Prawo do renty socjalnej zawiesza się za miesiąc, w którym uzyskany został przychód. Chodzi o przychód:

- z tytułu działalności podlegającej obowiązkowi ubezpieczenia społecznego, np. z pracy wykonywanej w ramach stosunku pracy, pracy nakładczej, prowadzenia pozarolniczej działalności,

- zaliczony do źródeł przychodów podlegających opodatkowaniu na zasadach określonych w art. 27 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych⁴, np. z tytułu wykonywania umowy zlecenia przez uczniów szkół ponadpodstawowych i studentów, którzy nie ukończyli 26 lat życia, honoraria z tytułu działalności artystycznej lub twórczej (od tych przychodów nie są odprowadzane składki na ubezpieczenia społeczne, jednak podlegają one opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych),
- z tytułu umowy najmu, podnajmu, dzierżawy, poddzierżawy lub innych umów o podobnym charakterze, opodatkowanych na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiągniętych przez osoby fizyczne,
- z tytułu pobranych zasiłków: chorobowego, macierzyńskiego i opiekuńczego oraz wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy,
- a także świadczeń rehabilitacyjnego i wyrównawczego, zasiłku wyrównawczego oraz dodatku wyrównawczego.

Prawo do renty socjalnej jest zawieszane również w przypadku osiągnięcia przychodów za granicą.

WAŻNE

Osoba pobierająca rentę socjalną lub jej przedstawiciel ustawowy muszą niezwłocznie powiadomić organ wypłacający rentę o osiągnięciu przychodu w kwocie powodującej zawieszenie prawa do niej. Należy przedstawić pisemne zaświadczenie albo oświadczenie określające kwotę przychodu. Składający oświadczenie jest zobowiązany do zawarcia w nim klauzuli: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”.

5.2.5 Postępowanie w sprawie przyznania renty

Renta socjalna jest przyznawana na wniosek osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego. Wniosek może też złożyć inna osoba albo kierownik ośrodka pomocy społecznej, jeśli zgodzi się na to osoba ubiegająca się o rentę socjalną lub jej przedstawiciel ustawowy. Zgoda musi być wyrażona na piśmie lub ustnie do protokołu. Wniosek o rentę może zgłosić także opiekun faktyczny, np. pełnoletnie rodzeństwo - pod warunkiem złożenia oświadczenia o sprawowaniu faktycznej opieki nad osobą ubiegającą się o rentę socjalną, potwierdzonego przez wójta, burmistrza, prezydenta miasta albo inną osobę upoważnioną.

Wniosek o rentę socjalną zgłasza się bezpośrednio w jednostce terenowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu wnioskodawcy (na piśmie lub ustnie do protokołu) albo za pośrednictwem przedsiębiorcy uprawnionego do wykonywania działalności pocztowej w obrocie krajowym lub zagranicznym (np. Poczty Polskiej S.A., firmy kurierskiej) lub w polskim urzędzie konsularnym. Jeżeli wniosek zostanie złożony w innej jednostce ZUS niż właściwa dla miejsca zamieszkania wnioskodawcy, wówczas jest ona zobowiązana do przekazania wniosku jednostce właściwej.

ZUS, po stwierdzeniu, że osoba ubiegająca się o rentę socjalną udowodniła okoliczności niezbędne do przyznania prawa do tego świadczenia, kieruje ją na badanie przez lekarza orzecznika ZUS, aby wydał orzeczenie o niezdolności do pracy.

Od orzeczenia lekarza orzecznika ZUS przysługuje sprzeciw do komisji lekarskiej ZUS - w ciągu 14 dni od wydania tego orzeczenia. Orzeczenie lekarza orzecznika ZUS albo orzeczenie komisji lekarskiej ZUS stanowi podstawę do wydania decyzji w sprawie renty socjalnej.

WAŻNE

ZUS ma obowiązek wydać decyzję w sprawie renty socjalnej w ciągu 30 dni od daty wyjaśnienia ostatniej okoliczności w sprawie.

5.2.6 Sposób wypłaty renty

Rentę socjalną wypłaca się za miesiące kalendarzowe w dniu ustalonym w decyzji ZUS, jako termin płatności.

Osoba uprawniona otrzymuje rentę za pośrednictwem osób prawnych prowadzących działalność w zakresie doręczania świadczeń albo, po złożeniu wniosku, na swój rachunek w banku lub w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej.

Opiekunowi prawnemu lub faktycznemu osoby uprawnionej do renty socjalnej świadczenie jest wypłacane za pośrednictwem osób prawnych prowadzących działalność w zakresie doręczania świadczeń. Opiekun prawny może też złożyć wniosek, by renta była przekazywana na jego rachunek w banku lub w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej.

5.2.7 O czym osoby pobierające rentę powinny powiadomić ZUS

Osoba pobierająca rentę socjalną (lub jej przedstawiciel ustawowy czy osoba sprawująca opiekę prawną albo faktyczną nad osobą uprawnioną do renty socjalnej) musi powiadomić jednostkę ZUS o wszelkich okolicznościach mających wpływ na prawo do tej renty i jej wysokość. Chodzi m.in. o powiadomienie o:

- osiągnięciu dodatkowego przychodu w kwocie powodującej zawieszenie prawa do renty socjalnej,
- pobycie w areszcie tymczasowym lub odbywaniu kary pozbawienia wolności,
- nabyciu lub objęciu w posiadanie samoistne albo zależne nieruchomości rolnej oraz o powierzchni użytków rolnych wyrażonej w ha przeliczeniowych,
- nabyciu prawa do emerytury, renty z tytułu niezdolności do pracy lub renty rodzinnej - przyznanej przez ZUS lub inny organ emerytalno--rentowy, prawa do uposażenia w stanie spoczynku lub uposażenia rodzinnego, prawa do świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego,
- pobieraniu świadczenia rentowego z instytucji zagranicznej,
- wyjeździe za granicę (renta socjalna nie przysługuje osobie, która mieszka i przebywa poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z wyjątkiem pobytu czasowego za granicą),
- zmianie adresu zamieszkania, numeru rachunku w banku lub spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej.

5.3 Środki odwoławcze

- Orzeczenie lekarza orzecznika nie jest ostateczne. Oznacza to, że można wnieść od niego sprzeciw do komisji lekarskiej w ciągu 14 dni od dnia jego doręczenia.
- Sprzeciw wnosi się za pośrednictwem jednostki organizacyjnej ZUS właściwej ze względu na miejsce zamieszkania osoby zainteresowanej. Komisja lekarska nie rozpatruje sprzeciwu wniesionego po terminie. W uzasadnionych przypadkach Zakład Ubezpieczeń Społecznych, na wniosek osoby zainteresowanej, może przedłużyć termin na wniesienie sprzeciwu.
- W terminie 14 dni od dnia wydania orzeczenia przez lekarza orzecznika zarzut wadliwości orzeczenia może zgłosić prezes ZUS i sprawa zostaje wówczas przekazana do rozpatrzenia przez komisję lekarską. O zgłoszeniu zarzutu wadliwości orzeczenia ZUS niezwłocznie zawiadamia osobę zainteresowaną.
- Orzeczenie lekarza orzecznika, od którego nie wniesiono sprzeciwu lub co, do którego nie zgłoszono zarzutu wadliwości, albo orzeczenie komisji lekarskiej stanowi dla ZUS podstawę do wydania decyzji w sprawie świadczeń, do których prawo uzależnione jest od stwierdzenia niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji.
- Od decyzji ZUS przysługuje odwołanie do sądu, np. od decyzji w sprawie renty z tytułu niezdolności do pracy składa się odwołanie do sądu okręgowego - sądu pracy i ubezpieczeń społecznych (właściwego dla miejsca zamieszkania osoby odwołującej) - w ciągu miesiąca od dnia jej doręczenia. Odwołanie wnosi się za pośrednictwem jednostki ZUS, która wydała decyzję.
- Jeśli przed wypadkiem pracowałeś/łaś warto byłoby skontaktować się z ZUS. Pamiętaj, że po zwolnieniu możesz przejść na ŚWIADCZENIE rehabilitacyjne ale o to należy zacząć starać się 6-8 tygodni przed zakończeniem terminu zwolnienia L4! Potrzebujesz zgromadzić dokumenty w tym od pracodawcy i przejść komisję w ZUS.

- Jeśli jesteś osobą poszkodowaną będziesz mieć prawo do ODSZKODOWANIA. Skontaktuj się z nami a my podamy Ci kontakt do naszej pani prawnik - specjalisty w tej dziedzinie, która bezpłatnie udzieli Ci ważnych informacji dostosowanych do twojej sytuacji.
- Jeśli jesteś poszkodowany w wypadku, jakie mi służą świadczenia po doznaniu szkody osobowej, gdzie szukać podstaw prawnych swoich roszczeń?
- Katalog świadczeń przysługujących poszkodowanemu w następstwie szkody osobowej jest szeroki i w zależności od danego stanu faktycznego może obejmować swoim zakresem :
 - Zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę, które jest świadczeniem jednorazowym, pieniężnym i mającym stanowić sposób złagodzenia cierpień fizycznych i psychicznych poszkodowanego (art. 445 k.c. w związku z 444 k.c.);
 - Zwrot wszelkich kosztów związanych z wypadkiem tj. kosztów związanych z leczeniem i rehabilitacją oraz lepszym odżywianiem poszkodowanego, opieką nad poszkodowanym, transportu poszkodowanego i jego bliskich, adaptacji mieszkania stosownie do potrzeb poszkodowanego, a także przygotowania go do wykonywania nowego zawodu (art. 444 § 1 k.c.);
 - Rentę uzupełniającą, która ma stanowić wyrównanie różnicy w dochodach osiągniętych przez poszkodowanego przed wypadkiem w stosunku do dochodów uzyskiwanych przez niego po wypadku (art. 444 § 2 k.c.);
 - Jednorazowe odszkodowanie (tzw. kapitalizacja renty), które jest uzasadnione w szczególności gdy poszkodowany w następstwie wypadku stał się inwalidą, a jednorazowe świadczenie umożliwi mu wykonywanie innego zawodu, czy też rozpoczęcie prowadzenia działalności gospodarczej, przy czym jeżeli poszkodowany korzysta z tego świadczenia traci prawo do renty uzupełniającej (art. 447 k.c.);
 - Rentę na zwiększone potrzeby polegająca na zapewnieniu poszkodowanemu środków potrzebnych do poprawy stanu jego

zdrowia po wypadku, a związanych z jego leczeniem i rehabilitacją, lepszym odżywianiem oraz sprawowaną nad nim opieką (art. 444 § 2 k.c.);

- oraz w przypadkach, krótszych okresów niesprawności po wypadku skutkujących niemożnością wykonywania pracy (prowadzenia działalności) zwrot utraconych zarobków (art. 361 k.c.).
- Skontaktuj się z infolinią powypadkową i skonsultuj się z naszym prawnikiem, który bezpłatnie udzieli Ci porad w tym zakresie.

7. Jeżeli wypadek spowodował u Ciebie konieczność PRZEKWALIFIKOWANIA ZAWODOWEGO skontaktuj się z nami. Podpowiemy co możesz zrobić i jak się odnaleźć w nowej sytuacji życiowej.

- Bardzo ważne jest żeby osoba po wypadku wrócił/a do normalnego życia. Ważnym aspektem powrotu do życia jest aktywność zawodowa.
- Warto zastanowić się, co można robić po wypadku. Czasem możliwy jest powrót do wcześniejszej pracy. Zdarza się jednak, że wypadek wyklucza pracę w zawodzie wcześniej wykonywanym. Istnieją programy aktywizujące osoby po wypadkach.
- Kontakty do organizacji, które zajmują się aktywizacją osób z niepełnosprawnością:
www.aktywizacja.org.pl/osobyniepelnosprawne/posrednictwo-pracy
www.hejkoniku.org.pl/Centrum-Aktywizacji-Zawodowej-Osob-Niepelnosprawnych-Razem,4,j,1.html
www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/202376
- Warto rozważyć dalszą edukację. W tym celu polecamy kontakt z PFRON. Zadania ustawowe i programy PFRON realizowane na rzecz indywidualnych osób niepełnosprawnych:
- Kontakt telefoniczny pod numerami:
(22) 50 55 670; (22) 50 55 276; (22) 50 55 249

8. Jeśli wypadek spowodował u Ciebie długotrwały uszczerbek na zdrowiu warto pomyśleć o ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (są dwa tryby: z ZUS dla celów rentowych i zespołów do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności dla celów pozarentowych). Skontaktuj się z nami - pomożemy ci znaleźć odpowiedni organ do którego powinnaś wystąpić.

Więcej informacji na temat ORZECZEŃ znajdziesz w rozdziale 6

Orzekanie o stopniu niepełnosprawności dla celów pozarentowych – rozdział 6.1

Orzecznictwo w Powiatowy Centrum Pomocy Rodzinie – rozdział 6.2

Termin rozpatrzenia wniosku - rozdział 6.3

Badania, dokumentacja medyczna – rozdział 6.4

6. ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

6.1. Orzekanie o stopniu niepełnosprawności dla celów pozarentowych

Zgodnie z przepisami ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych niepełnosprawność oznacza trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy.

Niepełnosprawność, zgodnie z kryterium ustawowym, to niemożność efektywnego pełnienia ról społecznych tj. wypełniania zobowiązania wynikającego z zajmowanej pozycji społecznej przy korzystaniu przez osobę z przysługujących jej przywilejów i praw według bardziej lub mniej określonego wzoru, a więc niemożność bądź trudności w codziennej aktywności i uczestnictwie wynikające z naruszenia sprawności organizmu.

6.2 Orzecznictwo w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie

- Powiatowe/miejskie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności – jako pierwsza instancja;
- Wojewódzkie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności – jako druga instancja;

Postępowanie orzecznicze, służące ustaleniu niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności, co do zasady jest zespołowe i dwuinstancyjne. Oznacza to, że w posiedzeniu składu orzekającego zespołu powiatowego i wojewódzkiego uczestniczy co najmniej dwóch specjalistów – członków zespołu orzekającego, z których co najmniej jednym jest lekarz sprawujący jednocześnie funkcję przewodniczącego składu orzekającego. Drugim członkiem składu orzekającego może być pedagog, psycholog, pracownik socjalny, doradca zawodowy albo inny lekarz.

- Rejonowe sądy pracy i ubezpieczeń społecznych jako organ odwoławczy dokonujący kontroli prawidłowości orzekania przez organy administracji publicznej.

Prawo strony postępowania orzeczniczego do złożenia odwołania od orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności wojewódzkiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności jest wyrazem realizacji prawa zawartego w Konstytucji RP, które stanowi, iż każdy obywatel ma prawo do rozstrzygnięcia swojej sprawy przez niezawisły sąd. Rejonowe sądy pracy i ubezpieczeń społecznych rozpatrują sprawy z odwołania od orzeczeń wojewódzkich zespołów do spraw orzekania o niepełnosprawności poprzez poddanie oceny ustalonej przez składy orzekające pod ocenę biegłych lekarzy sądowych oraz innych biegłych, których przewodniczący składu orzekającego powołuje w zależności od problematyki indywidualnej sprawy.

Powiatowe/miejskie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności wydają orzeczenia o:

- niepełnosprawności;
- stopniu niepełnosprawności;
- wskazaniach do ulg i uprawnień.

Podstawą uznania osoby, która nie ukończyła 16 roku życia za niepełnosprawną jest ustalenie, że:

- ma naruszoną sprawność fizyczną lub psychiczną;
- przewidywany okres trwania upośledzenia stanu zdrowia przekracza 12 miesięcy;
- wymaga zapewnienia jej całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku z powodu wady wrodzonej, długotrwałej choroby lub uszkodzenia organizmu.

Uwaga: Wszystkie wymienione przesłanki **muszą wystąpić łącznie.**

Niepełnosprawność dziecka orzeka się na czas określony, jednak na okres nie dłuższy niż do ukończenia przez dziecko 16 roku życia. Decyduje ocena

możliwości poprawy funkcjonowania dziecka. Orzeczenie o niepełnosprawności wydaje się na wniosek złożony do powiatowego/miejskiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności przez ustawowego opiekuna.

W przypadku orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (pdf 97 kb) przepisy w/w ustawy przewidują gradację niepełnosprawności poprzez określenie jej stopni. Ustala się trzy stopnie niepełnosprawności:

- znaczny
- umiarkowany
- lekki

Stopień niepełnosprawności osoby zainteresowanej orzeka się na czas określony lub na stałe. Decyduje ocena możliwości poprawy funkcjonowania osoby zainteresowanej.

Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydaje się osobie, która ukończyła 16 rok życia.

Druk wniosku o wydanie orzeczenia osoba zainteresowana otrzymuje w siedzibie właściwego miejscowo powiatowego zespołu. W zależności od przyjętego przez powiatowy zespół sposobu organizacji pracy możliwe jest także uzyskanie wniosku drogą pocztową lub pobranie go ze strony internetowej zespołu.

Wniosek o wydanie orzeczenia może złożyć:

- osoba zainteresowana;
- przedstawiciel ustawy osoby zainteresowanej (dotyczy to przede wszystkim dzieci oraz osób ubezwłasnowolnionych);
- kierownik ośrodka pomocy społecznej, ale za zgodą osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego.

Wniosek składa się w powiatowym/miejskim zespole do spraw orzekania o niepełnosprawności właściwym dla miejsca stałego pobytu osoby zainteresowanej lub właściwym dla miejsca pobytu.

Do wniosku dołącza się:

W przypadku wydania orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności:

- dokumentację medyczną (karty informacyjne leczenia szpitalnego, dokumentację medyczną z przebiegu leczenia ambulatoryjnego, wyniki dodatkowych badań diagnostycznych, konsultacje specjalistyczne itp.);
- zaświadczenie lekarskie – zawierające opis stanu zdrowia, wydane przez lekarza, pod którego opieką lekarską znajduje się dziecko -

zaświadczenie takie ważne jest miesiąc od daty wydania i w tym czasie należy złożyć wniosek (dotyczy osób ubiegających się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności);

- 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 - zaświadczenie takie ważne jest miesiąc od daty wydania i w tym czasie należy złożyć wniosek (dotyczy osób ubiegających się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności);
- inne dokumenty mające wpływ na ustalenie niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności.

6.3 Termin rozpatrzenia wniosku

Wniosek powinien być rozpatrzony nie później niż w ciągu 1 miesiąca od dnia jego złożenia. W przypadkach bardziej skomplikowanych spraw wniosek powinien być rozpatrzony nie później niż w ciągu 2 miesięcy od daty jego złożenia. O każdym przypadku niezafatwienia sprawy w wyżej wymienionych terminach powiatowy zespół obowiązany jest zawiadomić wnioskodawcę, podając przyczyny zwłoki i wskazując nowy termin zafatwienia sprawy. Do terminów nie wlicza się okresów zawieszenia postępowania oraz okresów opóźnień spowodowanych z winy strony albo z przyczyn niezależnych od organu.

6.4 Badania, dokumentacja medyczna

Lekarz orzecznik i komisja lekarska wydają orzeczenie na podstawie dokumentacji dołączonej do wniosku oraz po przeprowadzeniu bezpośredniego badania stanu zdrowia. Jeżeli dokumentacja dołączona do wniosku jest wystarczająca do wydania orzeczenia, bezpośrednio badanie nie jest przeprowadzane.

Przed wydaniem orzeczenia lekarz orzecznik i komisja lekarska mogą poprosić o uzupełnienie dokumentacji dołączonej do wniosku, w szczególności o opinie lekarza konsultanta lub psychologa albo o wyniki badań dodatkowych lub obserwacji szpitalnej. Lekarz konsultant i psycholog wydają opinie na podstawie bezpośredniego badania stanu zdrowia osoby ubiegającej się o świadczenie oraz analizy dokumentacji medycznej i zawodowej.

Oddział ZUS w wyznaczonym terminie kieruje osobę ubiegającą się o rentę na badanie przeprowadzane przez lekarza orzecznika, komisję lekarską, lekarza konsultanta, psychologa, na badania dodatkowe lub na obserwację szpitalną. W razie niestawienia się osoby skierowanej na badanie bez uzasadnionych przyczyn wzywa się ją na badanie w nowo wyznaczonym terminie. Dokonuje się tego za zwrotnym poświadczeniem odbioru, informując o skutkach niestawiennictwa (tj. o odstąpieniu od postępowania).

WAŻNE

Jeżeli stan zdrowia, stwierdzony w zaświadczeniu lekarskim, uniemożliwia osobiste zgłoszenie się na badanie, może ono być przeprowadzone, za zgodą osoby ubiegającej się o świadczenie, w miejscu jej pobytu.

Więcej informacji na temat UPRAWNIEN PRACOWNICZYCH w rozdziale 7

Dodatkowe uprawnienia – rozdział 7.1

Czas pracy – rozdział 7.2

Przerwy w pracy – rozdział 7.3

Prawo do dodatkowego urlopu - rozdział 7.4

Turnus rehabilitacyjny – rozdział 7.5

Zwolnienie od pracy na badania – rozdział 7.6

Wydzielenie lub zorganizowanie stanowiska pracy – rozdział 7.7

Zatrudnienie u pracodawcy niezapewniającego warunków pracy chronionej (na otwartym rynku pracy) - rozdział 7.8

Racjonalne usprawnienia - rozdział 7.9

7. Uprawnienia pracownicze osób z niepełnosprawnością

7.1 Dodatkowe uprawnienia

Dodatkowe uprawnienia pracownicze osób niepełnosprawnych zostały uregulowane w rozdziale 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także w rozporządzeniach wykonawczych do tej ustawy.

Omówione w tym rozdziale uprawnienia pracownicze przysługują osobie niepełnosprawnej od dnia, od którego została ona wliczona do stanu zatrudnienia osób niepełnosprawnych u danego pracodawcy. Osobę niepełnosprawną wlicza się do stanu zatrudnienia osób niepełnosprawnych, począwszy od dnia przedstawienia pracodawcy orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność.

7.2 Czas pracy

Zgodnie z obowiązującymi przepisami czas pracy osoby niepełnosprawnej nie może przekraczać 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo. Natomiast osoby niepełnosprawne, zaliczone do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, mogą pracować do 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo.

Osoba niepełnosprawna nie może być zatrudniona w porze nocnej i w godzinach nadliczbowych.

Krótszy wymiar czasu pracy osoby zaliczonej do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności nie powoduje obniżenia przysługującego jej wynagrodzenia. Osobie, która otrzymywała wynagrodzenie w stałej miesięcznej stawce i przedstawiła orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, przysługuje wynagrodzenie w dotychczasowej wysokości. Natomiast pracownikowi przechodzącemu na skrócony wymiar czasu pracy, którego wysokość wynagrodzenia jest określona w stawce godzinowej (odpowiadającej osobistemu zaszeregowaniu lub zaszeregowaniu wykonywanej pracy), należy

stawkę wynagrodzenia zasadniczego odpowiednio podwyższyć (w stosunku, w jakim pozostaje dotychczasowy wymiar jego czasu pracy do czasu skróconego).

WAŻNE

Wymienionych wyżej ograniczeń czasu pracy osób niepełnosprawnych nie stosuje się:

do zatrudnionych przy pilnowaniu oraz,

gdy wyrazi na to zgodę, na wniosek zatrudnionego, lekarz przeprowadzający badania profilaktyczne pracowników lub, w razie jego braku, lekarz sprawujący opiekę nad tą osobą.

7.3 Przerwy w pracy

Na podstawie art. 134 Kodeksu pracy wszystkim pracownikom, których dobowy wymiar czasu pracy wynosi, co najmniej 6 godzin, przysługuje prawo do przerwy w pracy trwającej, co najmniej 15 minut. Osobie niepełnosprawnej - bez względu na dobowy wymiar czasu pracy - przysługuje ponadto prawo do dodatkowej przerwy w pracy w wymiarze 15 minut na gimnastykę usprawniającą lub wypoczynek. Czas obu wymienionych wyżej przerw jest wliczany do czasu pracy.

7.4 Prawo do dodatkowego urlopu

Osobie zaliczonej do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności przysługuje dodatkowy urlop wypoczynkowy w wymiarze 10 dni roboczych w roku kalendarzowym. Prawo do pierwszego urlopu dodatkowego osoba ta nabywa po przepracowaniu jednego roku po dniu zaliczenia jej do jednego z tych stopni niepełnosprawności.

Urlop dodatkowy nie przysługuje natomiast osobie uprawnionej do urlopu wypoczynkowego w wymiarze przekraczającym 26 dni roboczych lub do urlopu dodatkowego - w wymiarze 10 dni - na podstawie odrębnych przepisów. Jeżeli osoba niepełnosprawna jest uprawniona, na podstawie

odrębnych przepisów, do urlopu dodatkowego w wymiarze niższym niż 10 dni roboczych, zamiast tego urlopu przysługuje jej urlop dodatkowy z tytułu niepełnosprawności w wymiarze 10 dni.

7.5 Turnus rehabilitacyjny

Osoba zaliczona do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności ma także prawo do zwolnienia od pracy w wymiarze do 21 dni roboczych w celu uczestniczenia w turnusie rehabilitacyjnym, nie częściej niż raz w roku.

Pracownik ubiegający się o udział w turnusie rehabilitacyjnym powinien uzyskać od lekarza sprawującego nad nim opiekę wniosek o skierowanie na taki turnus. We wniosku tym lekarz określa rodzaj turnusu oraz czas jego trwania. Pracownik powinien przedstawić skierowanie na turnus rehabilitacyjny w takim terminie, który umożliwi pracodawcy zapewnienie normalnego toku pracy w zakładzie pracy.

Podstawą wypłaty wynagrodzenia za czas zwolnienia od pracy w związku z pobytem na turnusie rehabilitacyjnym jest przedłożony pracodawcy dokument potwierdzający uczestnictwo w turnusie (najczęściej jest to faktura), wystawiony przez jego organizatora. Za czas omawianego zwolnienia od pracy pracownikom niepełnosprawnym przysługuje prawo do wynagrodzenia obliczonego tak jak ekwiwalent pieniężny za urlop wypoczynkowy.

W myśl ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych łączny wymiar urlopu dodatkowego i zwolnienia od pracy w celu uczestniczenia w turnusie rehabilitacyjnym nie może przekroczyć 21 dni roboczych w roku kalendarzowym.

7.6 Zwolnienie od pracy na badania

Pracownikowi niepełnosprawnemu z orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności przysługuje zwolnienie od pracy w celu:

- wykonania badań specjalistycznych,
- poddania się zabiegom leczniczym lub usprawniającym,
- uzyskania zaopatrzenia ortopedycznego lub jego naprawy jeżeli czynności te nie mogą być wykonane poza godzinami pracy.

Za czas zwolnienia od pracy pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia obliczonego tak jak ekwiwalent pieniężny za urlop wypoczynkowy.

7.7 Wydzielenie lub zorganizowanie stanowiska pracy

Osobie zatrudnionej, która w wyniku wypadku przy pracy lub choroby zawodowej utraciła zdolność do pracy na dotychczasowym stanowisku, **pracodawca jest zobowiązany wydzielić lub zorganizować inne, odpowiednie stanowisko pracy z podstawowym zapleczem socjalnym**, nie później niż w okresie 3 miesięcy od daty zgłoszenia przez tę osobę gotowości przystąpienia do pracy. Zgłoszenie gotowości przystąpienia do pracy powinno nastąpić w ciągu miesiąca od dnia uznania tej osoby za niepełnosprawną.

Jeżeli wyłączną przyczyną wypadku przy pracy było naruszenie przepisów w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy przez pracownika z jego winy lub w wyniku jego nietrzeźwości, pracodawca jest zwolniony z wymienionych wyżej obowiązków.

7.8 Zatrudnienie u pracodawcy niezapewniającego warunków pracy chronionej (na otwartym rynku pracy)

Orzeczenie znacznego albo umiarkowanego stopnia niepełnosprawności nie wyklucza możliwości zatrudnienia osoby niepełnosprawnej u pracodawcy niezapewniającego warunków pracy chronionej. Jest to możliwe pod warunkiem przystosowania przez tego pracodawcę stanowiska pracy do potrzeb osoby niepełnosprawnej lub w przypadku zatrudnienia w formie telepracy.

Kontrolę w zakresie przystosowania stanowiska pracy do potrzeb osoby niepełnosprawnej przeprowadza Państwowa Inspekcja Pracy.

7.9 Racjonalne usprawnienia

Pracodawca musi zapewnić niezbędne racjonalne usprawnienia dla osoby niepełnosprawnej:

- pozostającej z nim w stosunku pracy,
- uczestniczącej w procesie rekrutacji lub odbywającej szkolenie, staż, przygotowanie zawodowe albo praktyki zawodowe lub absolwenckie.

Niezbędne racjonalne usprawnienia polegają na przeprowadzeniu koniecznych w konkretnej sytuacji zmian lub dostosowań do szczególnych potrzeb (zgłoszonych pracodawcy) wynikających z niepełnosprawności danej osoby, o ile zrealizowanie takich zmian lub dostosowań nie skutkuje nałożeniem na pracodawcę nieproporcjonalnie wysokich obciążeń. Obciążenia, o których mowa powyżej, nie są nieproporcjonalne, jeżeli są w wystarczającym stopniu rekompensowane ze środków publicznych.

Niedokonanie niezbędnych racjonalnych usprawnień uważa się za naruszenie zasady równego traktowania w zatrudnieniu (w rozumieniu art. 18^{3a} § 2-5 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy).

Więcej informacji na temat WSPARCIA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ w rozdziale 8

Pomoc ze środków PFRON – rozdział 8.1

Wsparcie zatrudnienia osób niepełnosprawnych – rozdział 8.2

Dofinansowanie uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych - rozdział 8.3

Dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze – rozdział 8.5

Dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych – rozdział 8.6

Dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” - rozdział 8.7

Dofinansowanie różnego typu projektów na rzecz osób niepełnosprawnych i ich otoczenia realizowanych przez organizacje pozarządowe – rozdział 8.8

Dofinansowanie kosztów tworzenia i działania warsztatów terapii zajęciowej – rozdział 8.9

Program „Partnerstwo dla osób z niepełnosprawnościami” – rozdział 8.10

Dofinansowanie w ramach „Programu wyrównywania różnic między regionami III” – rozdział 8.11

Refundacja składek na ubezpieczenia społeczne dla osób niepełnosprawnych prowadzących działalność gospodarczą lub rolniczą – rozdział 8.12

Dotacja przyznawana osobie niepełnosprawnej na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej albo na wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej – rozdział 8.13

Dofinansowanie do oprocentowania kredytu bankowego zaciągniętego na kontynuowanie działalności gospodarczej albo prowadzenie własnego lub dzierżawionego gospodarstwa rolnego – rozdział 8.14

Dofinansowanie do wynagrodzeń zatrudnionych osób niepełnosprawnych (otwarty i chroniony rynek pracy) – rozdział 8.15

Zwrot pracodawcom kosztów przystosowania tworzonych lub istniejących stanowisk pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych – rozdział 8.16

Zwrot pracodawcom kosztów wyposażenia stanowisk pracy – rozdział 8.17

Zwrot miesięcznych kosztów zatrudnienia pracowników pomagających niepełnosprawnemu w pracy - 8.18

Refundacja kosztów szkolenia pracowników niepełnosprawnych – rozdział 8.19

Zwrot pracodawcom chronionego rynku pracy dodatkowych kosztów - rozdział 8.20

Dofinansowanie kosztów tworzenia i działania zakładów aktywności zawodowej – rozdział 8.21

8. Wsparcie osób niepełnosprawnych ze środków PFRON

8.1 Pomoc ze środków PFRON

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) finansuje działania służące aktywizacji zawodowej oraz integrację społeczną osób niepełnosprawnych (rehabilitację zawodową i społeczną). Zobowiązuje go do tego ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Pomoc ze środków PFRON otrzymują:

- pracodawcy,
- organizacje pozarządowe,
- samorządy (wojewódzkie i powiatowe),
- instytucje,
- osoby indywidualne.

W *Informatorze* przedstawiono przede wszystkim wsparcie skierowane do indywidualnych osób niepełnosprawnych oraz pracodawców zatrudniających niepełnosprawnych pracowników.

Środki PFRON są przeznaczane jedynie na wsparcie osób niepełnosprawnych i osób z ich bezpośredniego otoczenia.

W rozumieniu obowiązujących w Polsce przepisów **osoby niepełnosprawne** to osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności. **Orzeczenie o niepełnosprawności** dotyczy dzieci i młodzieży do ukończenia 16 roku życia. W przypadku pozostałych osób orzeka się stopień niepełnosprawności - znaczny, umiarkowany lub lekki, w zależności od ich możliwości funkcjonalnych.

Orzeczenia o niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji wydawane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych traktowane są jak orzeczenia o stopniu niepełnosprawności według następującego klucza:

- orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji jest traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy jest traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
- orzeczenie o częściowej niezdolności do pracy jest traktowane na równi z orzeczeniem o lekkim stopniu niepełnosprawności.

WAŻNE

Przepisy, które określają wsparcie udzielane przez PFRON, w tym wszystkie opisane w *Informatorze* rodzaje pomocy, można znaleźć na stronie internetowej Biura Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych (BON): www.niepelnosprawni.gov.pl w zakładce „Prawo”.

Wsparcie osób niepełnosprawnych w samodzielnym funkcjonowaniu (rehabilitacja społeczna)

Pomoc dla osób niepełnosprawnych:

- dofinansowanie uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych,
- dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych,

dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” m.in. wsparcie w zakupie i utrzymaniu wózka o napędzie elektrycznym, pomoc w uzyskaniu wyższego wykształcenia, dostosowania samochodu.

Pomoc dla NGO i innych podmiotów:

- dofinansowanie różnego typu projektów na rzecz osób niepełnosprawnych i ich otoczenia realizowanych przez organizacje pozarządowe - zlecenie zadań organizacjom pozarządowym i fundacjom w trybie art. 36 ustawy o rehabilitacji,
- dofinansowanie kosztów tworzenia i działania warsztatów terapii zajęciowej,
- refundacja kosztów wydawania certyfikatów przez podmioty uprawnione do szkolenia psów asystujących,

- program „Partnerstwo dla osób z niepełnosprawnościami” polegający na finansowaniu wkładów własnych organizacjom pozarządowym,
- w projektach realizowanych ze środków UE.

Pomoc dla powiatów, gmin, NGO:

- dofinansowanie w ramach „Programu wyrównywania różnic między regionami III”, m.in. likwidacja barier w urzędach, placówkach edukacyjnych lub środowiskowych domach samopomocy, tworzenie spółdzielni socjalnych osób prawnych.

8.2 Wsparcie zatrudnienia osób niepełnosprawnych

Pomoc dla osób niepełnosprawnych:

- refundacja składek na ubezpieczenia społeczne osobom niepełnosprawnym prowadzącym działalność gospodarczą lub rolniczą, a także niepełnosprawnym rolnikom zobowiązanym do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika,
- dotacja przyznawana osobie niepełnosprawnej na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej albo na wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej,
- dofinansowanie do oprocentowania kredytu bankowego zaciągniętego na kontynuowanie działalności gospodarczej albo prowadzenie własnego lub dzierżawionego gospodarstwa rolnego.

Pomoc dla pracodawcy:

- dofinansowanie do wynagrodzeń zatrudnionych osób niepełnosprawnych - otwarty i chroniony rynek pracy,
- zwrot pracodawcom kosztów przystosowania tworzonych lub istniejących stanowisk pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych,
- zwrot pracodawcom kosztów wyposażenia stanowisk pracy,
- zwrot miesięcznych kosztów zatrudnienia pracowników pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy,
- refundacja kosztów szkolenia pracowników niepełnosprawnych,
- zwrot pracodawcom chronionego rynku pracy dodatkowych (wynikających z zatrudniania pracowników niepełnosprawnych) kosztów: budowy lub przebudowy związanej z modernizacją obiektów i pomieszczeń zakładu, transportowych i administracyjnych.

Pomoc dla NGO i innych podmiotów:

- dofinansowanie kosztów tworzenia i działania zakładów aktywności zawodowej.

8.3 Dofinansowanie uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych

Turnus rehabilitacyjny jest zorganizowaną formą aktywnej rehabilitacji połączonej z elementami wypoczynku. Jej celem jest ogólna poprawa psychofizycznej sprawności oraz rozwijanie umiejętności społecznych uczestników, m.in. przez nawiązywanie i poszerzanie kontaktów społecznych, rozwijanie zainteresowań, a także przez udział w innych zajęciach przewidzianych programem turnusu. Z tego powodu turnusy są rodzajem rehabilitacji społecznej.

Trzeba odróżnić turnus rehabilitacyjny od sanatorium. Pobyt w sanatorium to rodzaj rehabilitacji medycznej, dofinansowywanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Turnus rehabilitacyjny może być prowadzony przez podmiot, który jest wpisany do rejestru organizatorów turnusów rehabilitacyjnych prowadzonego przez wojewodę. Dotyczy to także ośrodka, w którym turnus jest realizowany.

WAŻNE

Aktualne informacje o ośrodkach i organizatorach turnusów rehabilitacyjnych posiadających wpisy do rejestrów wojewodów są pod adresem: empatia.mpips.gov.pl. Na tej stronie jest też centralna baza danych utworzona z 16 wojewódzkich rejestrów ośrodków i 16 wojewódzkich rejestrów organizatorów.

Dofinansowanie przysługuje osobie niepełnosprawnej:

- posiadającej skierowanie na turnus od lekarza prowadzącego,
- spełniającej kryterium dochodowe, to znaczy osiągającej przeciętny miesięczny dochód (w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym

gospodarstwie domowym, obliczany za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku) nieprzekraczający kwoty:

- 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę żyjącą we wspólnym gospodarstwie domowym,
- 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej.

W niektórych rodzajach wsparcia jego otrzymanie lub wysokość jest uzależniona od spełniania tzw. **kryterium dochodowego**. Kryterium dochodowe jest to kwota przychodu na jednego członka rodziny, liczona według zasad opisanych w danym rodzaju wsparcia.

Użyte w *Informatorze* pojęcie **przeciętne wynagrodzenie** oznacza przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Monitorze Polskim. Aktualną wysokość przeciętnego wynagrodzenia można znaleźć m.in. na stronie internetowej www.zus.pl.

Dofinansowanie:

- przysługuje tylko raz w roku,
- przekazywane jest bezpośrednio na rachunek bankowy organizatora turnusu,
- nie może być wyższe od faktycznego kosztu uczestnictwa w turnusie osoby niepełnosprawnej lub pobytu jej opiekuna,
- przysługuje tylko na ośrodek i organizatora posiadającego wpis do rejestru ośrodków prowadzonego przez wojewodę.

WAŻNE

Dofinansowanie pobytu opiekuna przysługuje osobie ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności oraz osobie niepełnosprawnej do 16 lat.

Warunkiem otrzymania dofinansowania udziału opiekuna jest uzasadnienie konieczności jego pobytu we wniosku od lekarza. Opiekun musi mieć

ukończone 18 lat (w przypadku członków najbliższej rodziny mieszkających wspólnie z osobą niepełnosprawną - 16 lat). Opiekun nie może być osobą niepełnosprawną wymagającą opieki.

Wniosek o dofinansowanie pobytu na turnusie należy złożyć do PCPR w miejscu zamieszkania. Do wniosku należy dołączyć:

- kopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności,
- skierowanie od lekarza prowadzącego.
- PCPR rozpatruje wniosek w terminie 30 dni od dnia złożenia kompletu dokumentów. Osoba niepełnosprawna w ciągu 30 dni od otrzymania powiadomienia o przyznaniu dofinansowania (nie później jednak niż na 21 dni przed rozpoczęciem turnusu) informuje PCPR o wyborze organizatora i ośrodka.

W przypadku, gdy wybrany turnus nie spełnia wymaganych od organizatorów warunków, PCPR w terminie 7 dni zawiadamia osobę niepełnosprawną o konieczności zmiany ośrodka lub organizatora. Brak zmiany powoduje nieprzekazanie przyznanego dofinansowania.

8.4 Dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

Celem dofinansowania jest pomoc finansowa przy zakupie sprzętów, przyrządów i urządzeń wspierających funkcjonowanie i rehabilitację osób niepełnosprawnych w ich miejscu zamieszkania.

Przedmioty ortopedyczne to przyrządy niezbędne do samodzielnego funkcjonowania osoby niepełnosprawnej, np. protezy, kule, wózek inwalidzki.

Środki pomocnicze to przedmioty, które w znacznym stopniu ułatwiają funkcjonowanie osoby niepełnosprawnej w środowisku społecznym lub wręcz to umożliwiają, np. pomoce optyczne dla niedowidzących, aparaty słuchowe, cewniki.

Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze są skatalogowane w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie⁸. Określa on limity finansowania każdego przedmiotu w ramach NFZ, dlatego procentowe wskaźniki dofinansowań ze środków PFRON odnoszą się wprost do tych limitów.

Sprzęt rehabilitacyjny to urządzenia i sprzęty niezbędne do rehabilitacji w warunkach domowych, nieobjęte ubezpieczeniem zdrowotnym NFZ.

Dofinansowanie przysługuje osobie niepełnosprawnej:

- posiadającej zalecenie dotyczące zakupu sprzętu od lekarza prowadzącego,
- spełniającej kryterium dochodowe, to znaczy osiągającej przeciętny miesięczny dochód (w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczany za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku) nieprzekraczający kwoty:
 - 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym,
 - 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej.

Dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego wynosi do 80% jego kosztu, nie więcej jednak niż wysokość pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

Dofinansowanie zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych ze środków PFRON wynosi:

- do 100% udziału własnego w wyznaczonym przez NFZ limicie ceny,
- do 150% sumy kwoty limitu wyznaczonego przez NFZ oraz wymaganego udziału własnego w zakupie tych przedmiotów, jeżeli cena zakupu jest wyższa niż ustalony limit.

Wniosek o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze należy złożyć do PCPR w miejscu zamieszkania.

Do wniosku o dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego należy dołączyć:

- kopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności,
- aktualne zalecenie lekarskie dotyczące zakupu sprzętu rehabilitacyjnego,
- zaświadczenie o wysokości dochodów,

- dokument potwierdzający przewidywany koszt zakupu sprzętu (np. specyfikacja cenowa).

Natomiast przy wniosku o dofinansowanie zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych załączniki są następujące:

- kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności,
- kopia zlecenia lekarskiego na sprzęt potwierdzona przez NFZ (zgoda na objęcie dofinansowaniem),
- zaświadczenie o wysokości dochodów,
- faktura zakupu lub inny dokument poświadczający zakup z wyodrębnionym udziałem własnym i udziałem NFZ.

8.5 Dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych

Wsparcie polega na dofinansowaniu likwidacji barier uniemożliwiających osobom niepełnosprawnym samodzielne funkcjonowanie:

- architektonicznych, czyli wszelkich utrudnień występujących w budynku i w jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym,
- w komunikowaniu się, czyli ograniczeń uniemożliwiających lub utrudniających osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji,
- technicznych, czyli przeszkód wynikających z braku zastosowania lub niedostosowania przedmiotów lub urządzeń odpowiednich do rodzaju niepełnosprawności.

Dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych przysługuje osobie niepełnosprawnej mającej trudności w poruszaniu się potwierdzone orzeczeniem lub aktualnym zaświadczeniem lekarskim.

Dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych przysługuje osobie niepełnosprawnej napotykającej bariery w komunikowaniu się oraz bariery techniczne, potwierdzone orzeczeniem lub aktualnym zaświadczeniem lekarskim.

Wysokość dofinansowania wynosi do 95% kosztów, nie więcej jednak niż piętnastokrotność przeciętnego wynagrodzenia. Pozostałe 5% pokrywa wnioskodawca (minimalny udział własny).

WAŻNE

Dofinansowanie na likwidację barier w komunikowaniu się i technicznych może być udzielone raz na 3 lata, a barier architektonicznych raz na rok. Dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych przysługuje oddzielnie na każdy rodzaj zadania.

Wniosek o dofinansowanie likwidacji barier należy złożyć do PCPR w miejscu zamieszkania. Do wniosku należy dołączyć kopię orzeczenia.

WAŻNE

W przypadku likwidacji barier architektonicznych, jeśli wnioskodawca nie jest właścicielem nieruchomości, niezbędna jest zgoda właściciela lokalu na wykonanie prac budowlanych/remontowych służących usunięciu tych barier.

Jeżeli przedmiotem dofinansowania jest np. budowa podjazdu do budynku mieszkalnego lub dobudowa windy, należy, w zależności od kwestii własności budynku lub ziemi:

- wystąpić do wydziału architektury urzędu gminy/dzielnicy o wydanie decyzji o warunkach zabudowy i zagospodarowania terenu,
- przedstawić zgodę właściciela gruntu na budowę podjazdu (gdy właścicielem jest gmina, należy uzyskać dzierżawę tego terenu),

- po uzyskaniu pozytywnej decyzji złożyć w tym samym urzędzie projekt architektoniczno-budowlany podjazdu,
- uzyskać pozwolenie na budowę.

WAŻNE

PCPR nie zwraca kosztów poniesionych w związku z pracami wykonanymi przed zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.

8.6 Dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

Program „Aktywny samorząd” (m.in. wsparcie w zakupie i utrzymaniu wózka o napędzie elektrycznym, pomoc w uzyskaniu wyższego wykształcenia, w dostosowaniu samochodu) jest skierowany przede wszystkim do indywidualnych osób niepełnosprawnych (moduł III programu dotyczy samorządów i organizacji pozarządowych). Jego celem głównym jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo osób niepełnosprawnych w życiu społecznym i zawodowym oraz w dostępie do edukacji, rozumianym jako:

- przygotowanie osób z zaburzeniami ruchu i percepcji wzrokowej do pełnienia różnych ról społecznych przez umożliwienie im włączenia się do społeczeństwa informacyjnego,
- przygotowanie do aktywizacji społecznej i zawodowej lub wsparcie w utrzymaniu zatrudnienia przez likwidację lub ograniczenie barier w poruszaniu się oraz barier transportowych,
- umożliwianie aktywizacji zawodowej przez zastosowanie elementów wspierających zatrudnienie,
- poprawę szans w rywalizacji o zatrudnienie na otwartym rynku pracy przez podwyższanie kwalifikacji.

WAŻNE

W przypadku osób indywidualnych adresatami programu są osoby niepełnosprawne z

orzeczoną stopniem niepełnosprawności oraz dzieci i młodzież z orzeczoną niepełnosprawnością.

Każdy z modułów i obszarów programu ma szczegółowo określoną grupę adresatów.

8.6.1. Warunki uczestniczenia w programie „Aktywny samorząd”

Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu.

Warunki uczestnictwa w programie:

- znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności,
- wiek do lat 18 lub wiek aktywności zawodowej (czyli wiek od uzyskania pełnoletności do osiągnięcia wieku emerytalnego) lub zatrudnienie, dysfunkcja narządu ruchu.

Pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B.

Warunki uczestnictwa w programie:

- znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności,
- wiek aktywności zawodowej,
- dysfunkcja narządu ruchu.

Pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania.

Warunki uczestnictwa w programie:

- znaczny stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności,
- wiek do lat 18 lub wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie,
- dysfunkcja obu kończyn górnych lub narządu wzroku.

Dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania.

Warunki uczestnictwa w programie:

- znaczny stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności,
- wiek do lat 18 lub wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie,
- dysfunkcja obu kończyn górnych lub narządu wzroku.

Pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym.

Warunki uczestnictwa w programie:

- znaczny stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności,
- wiek do lat 18 lub wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie,
- dysfunkcje uniemożliwiające samodzielne poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego o napędzie ręcznym.

Pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka o napędzie elektrycznym.

Warunki uczestnictwa w programie:

- znaczny stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności.

Pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne.

Warunki uczestnictwa w programie:

- stopień niepełnosprawności,
- wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie,
- potwierdzona opinią eksperta PFRON stabilność procesu chorobowego,
- potwierdzone opinią eksperta PFRON rokowania uzyskania zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie.

Pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny.

Warunki uczestnictwa w programie:

- stopień niepełnosprawności,
- wiek aktywności zawodowej lub zatrudnienie,
- potwierdzona opinią eksperta PFRON stabilność procesu chorobowego,
- potwierdzone opinią eksperta PFRON rokowania uzyskania zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie.

Pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej przez zapewnienie opieki dla dziecka przebywającego w żłobku lub przedszkolu.

Warunki uczestnictwa w programie:

- znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności,
- aktywność zawodowa,

- pełnienie roli opiekuna prawnego dziecka.

Pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym w zakresie: opłaty za naukę (czesne), dodatku na pokrycie kosztów kształcenia, dodatku na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego.

Warunki uczestnictwa w programie:

- znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności,
- nauka w szkole wyższej, szkole policealnej, kolegium lub przewód doktorski otwarty poza studiami doktorskimi.

Szkolenia kadr samorządów i organizacji pozarządowych z zakresu problematyki niepełnosprawności.

Wniosek o dofinansowanie należy złożyć do PCPR w miejscu zamieszkania wnioskodawcy. Termin rozpoczęcia przyjmowania wniosków o dofinansowanie ustala samorząd powiatowy.

WAŻNE

Środki finansowe PFRON są przeznaczane jedynie na wsparcie osób niepełnosprawnych lub osób z ich bezpośredniego otoczenia. W rozumieniu obowiązujących w Polsce przepisów osoby niepełnosprawne to osoby legitymujące się orzeczeniem o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności.

8.7 Dofinansowanie różnego typu projektów na rzecz osób niepełnosprawnych i ich otoczenia realizowanych przez organizacje pozarządowe

Celem pomocy jest współfinansowanie lub finansowanie projektów realizowanych przez organizacje pozarządowe na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych. Ze środków PFRON pokrywane są koszty:

- prowadzonej na terenie całego kraju ciągłej rehabilitacji osób niepełnosprawnych w różnego typu placówkach,
- aktywizacji zawodowej,
- organizacji szkoleń, warsztatów, imprez sportowych i kulturalnych,9.9
- wydawania publikacji (czasopism, poradników),
- podnoszenia kwalifikacji personelu rehabilitacyjnego oraz rodziców dzieci niepełnosprawnych.

O dofinansowanie projektów mogą ubiegać się organizacje pozarządowe, zwłaszcza fundacje i stowarzyszenia, które prowadzą działalność na rzecz osób niepełnosprawnych. Profil organizacji musi być potwierdzony w dokumentach składanych przede wszystkim do Krajowego Rejestru Sądowego i wynikać ze statutu organizacji.

Projekt, który organizacja chce objąć dofinansowaniem ze środków PFRON, musi być skierowany do środowiska lub otoczenia osób niepełnosprawnych i dotyczyć jednego z poniższych obszarów:

- wejścia osób niepełnosprawnych na otwarty rynek pracy,
- zwiększenia samodzielności osób niepełnosprawnych,
- wzrostu aktywności osób niepełnosprawnych w różnych dziedzinach życia,
- zapewnienia osobom niepełnosprawnym dostępu do informacji i specjalistycznych usług,
- poprawy jakości funkcjonowania otoczenia osób niepełnosprawnych.

Procedurę konkursową rozpoczyna podane do wiadomości publicznej ogłoszenie zawierające szczegółowe zasady aplikowania o środki, w tym datę rozpoczęcia i zakończenia składania wniosków, a przede wszystkim cel i zakres działań, które planuje się objąć wsparciem finansowym. Ogłoszenie jest publikowane na witrynie PFRON: www.pfron.org.pl. Następnie wnioskodawcom zostaje udostępniony generator wniosków, w który należy wprowadzić projekt oraz dane organizacji. Nad oceną projektów pracuje powołana w tym celu komisja konkursowa. Ostateczną decyzję o udzieleniu dofinansowania i jego wysokości podejmuje zarząd PFRON w oparciu o wyniki oceny komisji konkursowej.

WAŻNE

Lista organizacji, które korzystają z dofinansowania w ramach zadań zlecanych, jest dostępna na stronie internetowej Funduszu w zakładce „Zadania zlecane”. Szczegółowe pytania można kierować na adres e-mail: zadania_zlecane@pfron.org.pl.

O dofinansowanie ze środków PFRON mogą wystąpić podmioty, które nie posiadają:

- wymagalnych zobowiązań wobec PFRON,
- zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON,
- wymagalnych zobowiązań wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Urzędu Skarbowego.

8.8 Dofinansowanie kosztów tworzenia i działania warsztatów terapii zajęciowej

Celem wsparcia jest współfinansowanie (do 70%) kosztów utworzenia i działania warsztatów terapii zajęciowej. Warsztaty mogą być organizowane przez fundacje, stowarzyszenia lub przez inne podmioty.

Warsztaty mają stwarzać osobom niepełnosprawnym niezdolnym do podjęcia pracy możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej w zakresie pozyskania lub przywracania umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia.

WAŻNE

**Aktualna baza działających w Polsce warsztatów terapii zajęciowej jest dostępna na stronie Biura Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych:
www.niepelnosprawni.gov.pl.**

Aby podmiot mógł utworzyć warsztat terapii zajęciowej, musi udokumentować potrzebę powołania warsztatu przez zgłoszenie, co najmniej 20 kandydatów na uczestników, z określeniem stopni i rodzajów ich niepełnosprawności. Kandydatami mogą być osoby, które otrzymały w orzeczeniu wskazanie do objęcia rehabilitacją w warsztacie, lecz w ich powiecie nie ma możliwości jej realizacji (brak warsztatów lub brak miejsc w warsztatach).

Szczegółowe wymagania, jakie powinny spełniać podmioty ubiegające się o dofinansowanie kosztów tworzenia i działania warsztatów terapii zajęciowej, wraz z przepisami są dostępne na stronie internetowej Biura Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych: www.niepelnosprawni.gov.pl.

Podmiot zamierzający utworzyć warsztat składa do właściwego, ze względu na siedzibę warsztatu, PCPR wniosek o dofinansowanie kosztów utworzenia i działalności warsztatu ze środków PFRON. Do wniosku należy dołączyć projekt utworzenia warsztatu oraz statut jednostki zamierzającej go utworzyć. W projekcie wnioskodawca powinien zawrzeć m.in.:

- zgłoszenie co najmniej 20 kandydatów na uczestników warsztatu,
- plan działalności warsztatu określający metody pracy z uczestnikami warsztatu w zakresie rehabilitacji społecznej i zawodowej,
- zobowiązanie do opracowania indywidualnych programów rehabilitacji uczestników warsztatu,
- propozycje dotyczące obsady etatowej warsztatu, z wyszczególnieniem liczby stanowisk i wymaganych kwalifikacji pracowników,
- preliminarz kosztów utworzenia warsztatu i preliminarz rocznych kosztów działalności warsztatu.

Wniosek podlega merytorycznej i formalnej ocenie przez zespół utworzony przez starostę w PCPR. Na podstawie oceny zespołu powiat zawiera z jednostką zamierzającą utworzyć warsztat umowę określającą warunki i wysokość dofinansowania kosztów utworzenia i działalności warsztatu ze środków Funduszu. Wniosek wraz z umową jest dla PFRON podstawą udzielenia pomocy finansowej.

WAŻNE

Informacje dotyczące programów i zadań Funduszu są na bieżąco aktualizowane na stronie www.pfron.org.pl.

8.9 Refundacja składek na ubezpieczenia społeczne dla osób niepełnosprawnych prowadzących działalność gospodarczą lub rolniczą
Refundacja obowiązkowych składek na ubezpieczenia społeczne jest wsparciem osób niepełnosprawnych, które prowadzą działalność gospodarczą lub rolniczą. Celem pomocy jest aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych.

Wysokość dofinansowania wynosi:

- 100% kwoty obowiązkowych składek na ubezpieczenia emerytalne,
- rentowe - w przypadku osób zaliczonych do znacznego stopnia niepełnosprawności,
- 60% kwoty obowiązkowych składek na ubezpieczenia emerytalne,
- rentowe - w przypadku osób zaliczonych do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności,
- 30% kwoty obowiązkowych składek na ubezpieczenia emerytalne,
- rentowe - w przypadku osób zaliczonych do lekkiego stopnia, niepełnosprawności.

Refundacja składek jest zadaniem ustawowym PFRON i przysługuje samozatrudnionym osobom niepełnosprawnym, które spełnią formalne warunki otrzymania pomocy, m.in.:

- dokonają rejestracji w ewidencji prowadzonej przez PFRON,
- dostarczą wymagane przez Fundusz dokumenty,
- terminowo będą opłacać składki na ubezpieczenia społeczne.

Refundacja przysługuje do składek niefinansowanych ze środków publicznych, czyli tylko takich, które uiszcza osoba samozatrudniająca ze środków własnych.

Dokumenty aplikacyjne składa się bezpośrednio do PFRON. Szczegółowe informacje o dokumentach, jakie należy złożyć w Funduszu, są dostępne na stronie internetowej Funduszu www.pfron.org.pl.

8.10 Dotacja przyznawana osobie niepełnosprawnej na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej albo na wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej

Celem wsparcia jest pomoc przedsiębiorczym osobom niepełnosprawnym w samozatrudnieniu przez przyznanie bezzwrotnej pomocy finansowej na rozpoczęcie działalności gospodarczej lub rolniczej albo na wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej. Maksymalna wysokość pomocy nie może przekroczyć piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

Dofinansowanie może zostać przyznane osobie niepełnosprawnej, która:

- zamierza założyć działalność gospodarczą,
- jest zarejestrowana w powiatowym urzędzie pracy jako bezrobotna albo poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu,
- nie skorzystała wcześniej z pomocy finansowej ze środków publicznych na ten cel,
- zobowiąże się do prowadzenia działalności gospodarczej lub członkostwa w spółdzielni socjalnej nieprzerwanie przez okres co najmniej 24 miesięcy.

Wniosek o dofinansowanie należy złożyć do powiatowego urzędu pracy zgodnie z miejscem zamieszkania wnioskodawcy. Druk wniosku oraz szczegółowe zasady udzielania pomocy określa każde starostwo powiatowe.

Przy rozpatrywaniu wniosku bierze się pod uwagę m.in.:

- przewidywane efekty ekonomiczne przedsięwzięcia, na które mają być przeznaczone środki,
- kalkulację wydatków na uruchomienie działalności w ramach wnioskowanych środków,
- uprawnienia i kwalifikacje wnioskodawcy,

- wysokość środków własnych wnioskodawcy.

W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku mogą odbyć się negocjacje warunków umowy i jej podpisanie. Umowa musi zawierać w szczególności zobowiązanie wnioskodawcy do przeznaczenia i rozliczenia otrzymanych środków w terminie określonym w umowie oraz zabezpieczenie zwrotu środków.

WAŻNE

Rejestracji działalności gospodarczej należy dokonać dopiero po przyznaniu dotacji na jej rozpoczęcie. Jeśli ta kolejność nie zostanie zachowana, wniosek o przyznanie środków finansowych PFRON nie zostanie rozpatrzony.

8.11 Dofinansowanie do oprocentowania kredytu bankowego zaciągniętego na kontynuowanie działalności gospodarczej albo prowadzenie własnego lub dzierżawionego gospodarstwa rolnego

Dofinansowanie do spłaty odsetek kredytu zaciągniętego na działalność gospodarczą ma wspierać samozatrudnienie osób niepełnosprawnych.

Wysokość dofinansowania nie może przekraczać 50% kwoty oprocentowania kredytu bankowego.

Dofinansowanie przysługuje osobie niepełnosprawnej:

- prowadzącej działalność gospodarczą lub rolniczą,
- niekorzystającej aktualnie z pożyczki na podjęcie działalności gospodarczej lub rolniczej,
- niekorzystającej z bezzwrotnych środków na podjęcie działalności gospodarczej lub rolniczej albo prowadzącej tę działalność co najmniej przez 24 miesiące od dnia otrzymania pomocy na ten cel.

Wniosek o dofinansowanie należy złożyć do powiatowego urzędu pracy.

8.12 Dofinansowanie do wynagrodzeń zatrudnionych osób niepełnosprawnych (otwarty i chroniony rynek pracy)

Dofinansowanie do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych jest wypłacanym, co miesiąc wsparciem dla pracodawców, którzy zdecydują się przyjąć do pracy osoby z niepełnosprawnościami. Ma ono zachęcać do zatrudniania osób niepełnosprawnych, a także rekompensować podwyższone koszty zatrudnienia takich osób (związane m.in. z dłuższym wymiarem urlopu, krótszym czasem pracy). Wysokość dofinansowania jest uzależniona od stopnia i rodzaju niepełnosprawności pracownika, na którego jest ono wypłacane.

Kwoty te zwiększa się w przypadku osób niepełnosprawnych, u których orzeczono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe, całościowe zaburzenia rozwojowe lub epilepsję, oraz niewidomych.

WAŻNE

Informacje z zakresu dofinansowań do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych oraz refundacji składek na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne udzielane są w punkcie obsługi klienta w Biurze PFRON przy al. Jana Pawła II 13

Miesięczne dofinansowanie do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych przysługuje pracodawcy zatrudniającemu:

- do 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy albo,
- co najmniej 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy i osiągającemu wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wysokości co najmniej 6%.

Pracodawcy, u których zatrudnienie przekracza wspomniane 25 etatów, ale nie osiąga wskaźnika 6% zatrudnienia pracowników z niepełnosprawnościami, są zobowiązani do wpłat na PFRON. Oblicza się je, jako iloczyn liczby pracowników odpowiadającej różnicy między zatrudnieniem zapewniającym osiągnięcie wskaźnika oraz 40,65% przeciętnego wynagrodzenia. W związku z tym u takich pracodawców zatrudnienie pracownika niepełnosprawnego odpowiednio zmniejsza wysokość kwoty odprowadzanej, co miesiąc do PFRON.

Wysokość miesięcznego dofinansowania nie może przekroczyć kwoty 90% faktycznie i terminowo poniesionych miesięcznych kosztów płacy, a w przypadku pracodawcy wykonującego działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej - 75% tych kosztów. Przez koszty płacy należy rozumieć wynagrodzenie brutto oraz finansowane przez pracodawcę obowiązkowe składki na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i wypadkowe naliczone od tego wynagrodzenia oraz obowiązkowe składki na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.

WAŻNE

Podstawowym warunkiem uzyskania pomocy jest zgłoszenie pracownika niepełnosprawnego do ewidencji zatrudnionych osób niepełnosprawnych prowadzonej przez PFRON.

Miesięczne dofinansowanie nie przysługuje do wynagrodzenia pracownika w części finansowanej ze środków publicznych. Nie przysługuje również na pracowników z orzeczoną umiarkowaną lub lekką stopniem niepełnosprawności, którzy mają ustalone prawo do emerytury.

Dokumenty aplikacyjne składa się bezpośrednio do PFRON. Na stronie internetowej www.pfron.org.pl jest dostępny szczegółowy ich wykaz.

8.13 Zwrot pracodawcom kosztów przystosowania tworzonych lub istniejących stanowisk pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych

Zwrot kosztów przystosowania stanowiska pracy dla osób niepełnosprawnych jest pomocą udzielaną na wniosek pracodawców, którzy planują:

- adaptację pomieszczeń zakładu pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych (chodzi w szczególności o zwrot kosztów poniesionych w związku z przystosowaniem tworzonych lub istniejących stanowisk pracy stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności),

- adaptację lub nabycie urządzeń ułatwiających osobie niepełnosprawnej wykonywanie pracy lub funkcjonowanie w zakładzie pracy,
- zakup i autoryzację oprogramowania na użytek pracowników
- niepełnosprawnych oraz urządzeń technologii wspomagających osoby niepełnosprawne lub przystosowanych do potrzeb wynikających z ich niepełnosprawności,
- w związku z zatrudnieniem osób niepełnosprawnych bezrobotnych lub poszukujących pracy, niepozostających w zatrudnieniu.

O wsparcie mogą ubiegać się również pracodawcy osób niepełnosprawnych pozostających w zatrudnieniu, jeżeli ich niepełnosprawność powstała w trakcie zatrudnienia u pracodawcy występującego o zwrot kosztów. Nie dotyczy to przypadków, gdy przyczyną powstania niepełnosprawności w okresie zatrudnienia u tego pracodawcy było zawinione przez niego lub przez pracownika naruszenie przepisów, w tym przepisów prawa pracy.

Maksymalna wysokość pomocy finansowej ze środków PFRON nie może przekraczać dwudziestokrotnego przeciętnego wynagrodzenia za każde przystosowane stanowisko pracy osoby niepełnosprawnej.

O zwrot kosztów przystosowania stanowiska pracy dla osób niepełnosprawnych może się ubiegać pracodawca, który zobowiąże się do zatrudniania osoby niepełnosprawnej przez okres, co najmniej 36 miesięcy. Przez zatrudnienie należy rozumieć umowę o pracę (nie umowę cywilnoprawną). W przypadku niedopełnienia tego warunku konieczny jest zwrot otrzymanej pomocy finansowej.

WAŻNE

Warunkiem zwrotu kosztów przystosowania stanowiska pracy jest uzyskanie pozytywnej opinii Państwowej Inspekcji Pracy (PIP) o przystosowanym stanowisku pracy. PIP wydaje opinię na wniosek starosty.

Wniosek o zwrot kosztów przystosowania stanowisk pracy składa się do starosty właściwego ze względu na:

- miejsce zarejestrowania osoby niepełnosprawnej, jako bezrobotnej albo poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu - w przypadku, gdy zwrot kosztów dotyczy takiej osoby,
- miejsce zatrudnienia osoby niepełnosprawnej, miejsce siedziby albo miejsce zamieszkania pracodawcy - w pozostałych przypadkach.

Zadanie to realizowane jest przez powiatowy urząd pracy.

W przypadku wniosków składanych przez pracodawcę będącego starostą wniosek składa się do wojewódzkich oddziałów PFRON.

Jeżeli wniosek po ocenie formalnej i merytorycznej zostanie pozytywnie zaopiniowany, następuje podpisanie umowy między pracodawcą a starostą. Jest ona podstawą przekazania środków publicznych pracodawcy.

WAŻNE

Wydatki poniesione przez pracodawcę na przystosowanie stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej przed podpisaniem umowy nie mogą zostać zrefundowane.

O zasadach dotyczących zwrotu kosztów przystosowania stanowiska pracy dla osób niepełnosprawnych można też przeczytać na stronie www.niepelnosprawni.gov.pl oraz w serwisach internetowych starostów i urzędów pracy.

Środki finansowe z PFRON są środkami publicznymi i muszą być wydatkowane według określonych procedur, co podlega kontroli.

Zwykle przekazanie pomocy finansowej jest poprzedzone podpisaniem umowy zawierającej szczegóły wydatków. Dokonanie zakupów jest możliwe dopiero po dniu podpisania umowy, która jest gwarancją sfinansowania wydatków.

8.14 Zwrot pracodawcom kosztów wyposażenia stanowisk pracy

Zwrot kosztów jest pomocą udzielaną na wniosek pracodawcy i obejmuje refundację kosztów zakupu lub wytworzenia wyposażenia stanowiska pracy w związku z zatrudnieniem osoby niepełnosprawnej bezrobotnej lub niezatrudnionej, poszukującej pracy. W odróżnieniu od zwrotu kosztów przystosowania stanowiska pracy jest to pomoc finansowa w zakupie narzędzi pracy, elementów stanowiska pracy (np. krzesła, biurka, lampki).

Maksymalna wysokość pomocy finansowej ze środków PFRON nie może przekraczać piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

O refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osób niepełnosprawnych może wystąpić pracodawca, który zobowiąże się do zatrudniania osoby niepełnosprawnej przez okres, co najmniej 36 miesięcy. Przez zatrudnienie należy rozumieć umowę o pracę, a nie umowę cywilnoprawną. W przypadku niedopełnienia warunku związanego z okresem zatrudnienia pracodawca musi zwrócić otrzymane wsparcie finansowe.

Warunkiem refundacji przystosowania stanowiska pracy jest uzyskanie pozytywnej opinii Państwowej Inspekcji Pracy (PIP) o przystosowanym stanowisku pracy. PIP wydaje opinię na wniosek starosty.

Wniosek o refundację kosztów wyposażenia stanowisk pracy składa się do starosty właściwego ze względu na miejsce zarejestrowania osoby niepełnosprawnej, jako bezrobotnej albo niezatrudnionej, poszukującej pracy. W zdecydowanej większości powiatów zadanie to realizuje powiatowy urząd pracy.

Jeżeli wniosek po ocenie formalnej i merytorycznej zostanie pozytywnie zaopiniowany, następuje podpisanie umowy między pracodawcą, a starostą. Umowa jest podstawą przekazania środków publicznych na refundację.

Wydatki poniesione przez pracodawcę na wyposażenie stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej przed podpisaniem umowy nie mogą zostać zrefundowane.

Szczegóły dotyczące zasad zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osób niepełnosprawnych są wymienione na stronie internetowej: **www.niepelnosprawni.gov.pl**. Podają je również, wraz ze wzorami wniosków aplikacyjnych, starostowie i urzędy pracy w swoich serwisach internetowych.

8.15 Zwrot miesięcznych kosztów zatrudnienia pracowników pomagających niepełnosprawnemu w pracy

Zwrot kosztów zatrudnienia pracowników pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy następuje na wniosek pracodawców, którzy zatrudniają osoby niepełnosprawne wymagające pomocy w zakresie:

- czynności ułatwiających komunikowanie się z otoczeniem,
- czynności niemożliwych lub trudnych do samodzielnego wykonania przez pracownika niepełnosprawnego na stanowisku pracy.

Wysokość zwrotu miesięcznych kosztów zatrudnienia pracowników pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy stanowi iloczyn kwoty najniższego wynagrodzenia i ilorazu liczby godzin w miesiącu przeznaczonych wyłącznie na pomoc pracownikowi niepełnosprawnemu oraz miesięcznej liczby godzin pracy pracownika niepełnosprawnego w miesiącu. Liczba godzin przeznaczonych wyłącznie na pomoc pracownikowi niepełnosprawnemu nie może przekraczać liczby godzin odpowiadającej 20% liczby godzin pracy pracownika w miesiącu.

Zwrot obejmuje również koszty szkolenia pracowników pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy (do 100% kosztów szkolenia, nie więcej jednak niż równowartość kwoty najniższego wynagrodzenia).

O pomoc może ubiegać się pracodawca, który zatrudni pracowników pomagających w pracy zatrudnionym w jego przedsiębiorstwie osobom niepełnosprawnym oraz złoży odpowiedni wniosek.

Wniosek o refundację kosztów zatrudnienia osoby pomagającej w pracy osobie niepełnosprawnej składa się do starosty właściwego ze względu na siedzibę pracodawcy. Zadanie to realizowane jest przez powiatowy urząd pracy.

8.16 Refundacja kosztów szkolenia pracowników niepełnosprawnych

Refundacja kosztów szkolenia jest pomocą udzielaną na wniosek pracodawcy, który sam zorganizuje szkolenie lub kupi je dla zatrudnionych pracowników niepełnosprawnych.

Koszty szkolenia mogą być zrefundowane ze środków PFRON do wysokości 70% tych kosztów, nie więcej jednak niż do wysokości dwukrotnego przeciętnego wynagrodzenia na jedną osobę. Refundacja nie może przekroczyć:

- 70% kosztów szkolenia kwalifikujących się do objęcia pomocą - w odniesieniu do małych i średnich przedsiębiorców,
- 60% kosztów szkolenia kwalifikujących się do objęcia pomocą - w odniesieniu do dużych przedsiębiorców.

O pomoc może ubiegać się pracodawca, który sam zorganizuje szkolenie lub zakupi je dla zatrudnionych pracowników niepełnosprawnych oraz złoży odpowiedni wniosek.

Wniosek o refundację kosztów szkolenia pracowników niepełnosprawnych składa się do starosty właściwego ze względu na siedzibę pracodawcy. Zadanie to realizowane jest przez powiatowy urząd pracy.

Jeżeli wniosek po ocenie formalnej i merytorycznej zostanie pozytywnie zaopiniowany, następuje podpisanie umowy między pracodawcą a starostą.

Wydatki poniesione przez pracodawcę na szkolenie osoby niepełnosprawnej przed podpisaniem umowy nie zostaną zrefundowane.

8.17 Zwrot pracodawcom chronionego rynku pracy dodatkowych kosztów

Zwrot pracodawcom chronionego rynku pracy dodatkowych (wynikających z zatrudniania pracowników niepełnosprawnych) kosztów następuje na wniosek pracodawcy, który je poniósł na zatrudnionego pracownika niepełnosprawnego. Chodzi o inne koszty niż koszty płacy, wykraczające (stanowiące różnicę) poza wydatki, jakie musiałby ponieść, zatrudniając pracownika, który nie jest niepełnosprawny. W związku z tym **refundacji**

może podlegać tylko kwota wydatków, których pracodawca nie poniósłby, zatrudniając osoby niebędące niepełnosprawnymi.

Pracodawcy mogą uzyskać zwrot dodatkowych kosztów:

- budowy lub przebudowy związanej z modernizacją obiektów i pomieszczeń zakładu,
- transportowych,
- administracyjnych.

Pomoc może otrzymać pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej pod warunkiem zatrudniania, co najmniej 50% osób niepełnosprawnych. Refundowane są tylko koszty poniesione od 1 stycznia roku, którego dotyczy wniosek, nie wcześniej jednak niż po dniu jego złożenia.

Wniosek o refundację można składać w oddziałach PFRON do 30 listopada roku poprzedzającego rok, którego dotyczyć będzie umowa. Podpisana umowa obejmuje koszty jednego roku kalendarzowego. Jeśli koszty ponoszone są przez kolejne lata, tzn. obejmują okres dłuższy niż rok, wnioski należy składać oddzielnie na każdy rok. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosków będą zawierane kolejne umowy dotyczące kosztów poniesionych w kolejnych latach kalendarzowych. Refundacja jest wypłacana w transzach kwartalnych.

8.18 Dofinansowanie kosztów tworzenia i działania zakładów aktywności zawodowej

Dofinansowanie kosztów tworzenia i działania zakładów aktywności zawodowej mogą otrzymać podmioty, które planują utworzyć ZAZ, czyli gminy, powiaty, fundacje, stowarzyszenia lub inne organizacje społeczne, których statutowym zadaniem jest rehabilitacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych. W tworzonych zakładach aktywności zawodowej zatrudniane są osoby z orzecznym znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, u których stwierdzono autyzm, upośledzenie umysłowe lub chorobę psychiczną.

WAŻNE

Maksymalne dofinansowanie ze środków PFRON kosztów działania zakładów aktywności zawodowej wynosi 90% tych kosztów, a utworzenia ZAZ - 65% tych kosztów.

W ramach kosztów utworzenia ZAZ ze środków Funduszu można sfinansować:

- przystosowanie do potrzeb osób niepełnosprawnych pomieszczeń produkcyjnych służących świadczeniu usług, socjalnych i przeznaczonych na rehabilitację,
- zakup sprzętu rehabilitacyjnego,
- wyposażenie pomieszczeń socjalnych przeznaczonych na rehabilitację i pomieszczeń, w których jest prowadzona działalność wytwórcza lub usługowa, oraz przygotowanie stanowisk pracy, w tym zakup maszyn, narzędzi i urządzeń niezbędnych do prowadzenia produkcji lub świadczenia usług,
- zakup surowców i materiałów potrzebnych do rozpoczęcia działalności wytwórczej lub usługowej,
- zakup lub wynajem środków transportu.

W ramach kosztów działalności ZAZ ze środków Funduszu mogą być finansowane:

- wynagrodzenia osób niepełnosprawnych z orzeczoną znaczną, lub umiarkowaną stopniem niepełnosprawności - do wysokości 100% minimalnego wynagrodzenia (proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy określonego w umowie o pracę),
- wynagrodzenia personelu zakładu,
- dodatkowe wynagrodzenia roczne, odprawy emerytalne i pośmiertne oraz nagrody jubileuszowe,
- składki na ubezpieczenia społeczne finansowane przez pracownika i pracodawcę, składki na ubezpieczenie zdrowotne płacone przez pracownika oraz składki na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i Fundusz Pracy należne od pracodawcy,
- materiały, energia, usługi materialne i niematerialne,
- transport i dowóz niepełnosprawnych pracowników,
- szkolenia osób niepełnosprawnych z orzeczoną znaczną lub umiarkowaną stopniem niepełnosprawności związane

z przygotowaniem ich do pracy na otwartym rynku pracy lub z prowadzoną działalnością wytwórczą lub usługową zakładu,

- szkolenia personelu zakładu,
- odpisy na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych lub wypłaty świadczeń urlopowych, dokonywane na podstawie odrębnych przepisów,
- wymiana amortyzowanych maszyn, urządzeń i wyposażenia, niezbędnych do prowadzenia produkcji lub świadczenia usług,
- wymiana maszyn i urządzeń spowodowana zmianą profilu działalności zakładu czy wprowadzeniem ulepszeń technicznych lub technologicznych,
- inne wydatki niezbędne do realizacji rehabilitacji, obsługi i prowadzenia działalności wytwórczej lub usługowej.

Pomoc mogą otrzymać podmioty, które planują utworzyć ZAZ, jeśli ich statutowym zadaniem jest rehabilitacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych oraz złożą odpowiednie wnioski i dokumenty.

Na witrynie internetowej PFRON: www.pfron.org.pl można znaleźć aktualizowane na bieżąco informacje dotyczące programów i zadań Funduszu.

Wnioskodawca ubiegający się o otrzymanie pomocy finansowej ze środków PFRON składa wniosek na właściwym formularzu wraz z załącznikami do marszałka województwa (samorządy wojewódzkie mają własne druki wniosków). Kompletny wniosek przedkłada się do zaopiniowania przez starostę. W terminie 30 dni od otrzymania opinii starosty powiadamia się organizatora ZAZ o sposobie rozpatrzenia wniosku pod względem prawidłowości planowanych kosztów utworzenia i działania ZAZ, z uwzględnieniem wysokości środków PFRON w danym roku, liczby osób niepełnosprawnych z orzeczonym znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności zarejestrowanych w powiatowym urzędzie pracy, wkładu finansowego organizatora w kosztach utworzenia i działalności zakładu. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku w terminie 30 dni od dnia powiadomienia organizatora negocjuje się warunki umowy i wysokość dofinansowania ze środków Funduszu. Umowę zawiera się na okres posiadania przez dany zakład statusu ZAZ. Status taki nadaje marszałek województwa.

9. Ważne adresy

Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych

ul. Nowogrodzka 11, 00-513 Warszawa
tel. 22 529 06 00, 22 529 06 01, fax: 22 529 06 02
Adres korespondencyjny
ul. Nowogrodzka 1/3/5
00-513 Warszawa

Państwowa Inspekcja Pracy

Główny Inspektorat Pracy
ul. Barska 28/30, 02-315 Warszawa
tel. 22 391 82 15, fax. 22 391 82 14
e-mail: kancelaria@gip.pip.gov.pl

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa
Centrala: tel. 22 50 55 500

Narodowy Fundusz Zdrowia

Siedziba: ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa
Infolinia: 800 392 976, 22 572 60 42

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

Centrala: Al. Niepodległości 190, 00-608 Warszawa,
tel. 22 592 65 90, fax 22 592 66 50

Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Centrala: ul. Szamocka 3, 01-748 Warszawa
Nr centrali telefonicznej: 22 667 10 00

Biuro Rzecznika Praw Pacjenta

ul. Młynarska 46, 01-171 Warszawa
Sekretariat: tel.: 22 532 82 50, fax: 22 532 82 30
Ogólnopolska bezpłatna infolinia Rzecznika Praw Pacjenta:
czynna od poniedziałku do piątku w godz. 9:00-21:00

10. Źródła

www.pfron.org.pl/

www.zip.nfz.gov.pl

www.niepelnosprawni.gov.pl

Informator dla osób niepełnosprawnych 2016 ZUS PFRON

www.rf.gov.pl/

PRAWA PACJENTA

LECZENIE

REHABILITACJA

USTAWA z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych

Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176 z późn. zm.)

Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 25 sierpnia 2006 r. w sprawie opłat za wydanie dokumentu paszportowego oraz ich zwrotu (Dz. U. 2006, Nr 153, poz. 1091)

Ustawa z dnia 23 listopada 2012 r. Prawo pocztowe (Dz.U. z dnia 29 grudnia 2012 r. poz. 1529 ze zm.)

Ustawa z dnia 21 kwietnia 2005 r. o opłatach abonamentowych (Dz. U. 2005, Nr 85, poz. 728 i Nr 157, poz.1314 późn. zm.)

Rozporządzenie KRRiT z dnia 02 czerwca 2005 r. w sprawie rodzajów dokumentów, oraz wzoru oświadczenia potwierdzającego uprawnienia do zwolnień od opłat abonamentowych (Dz. U. 2005, Nr 104, poz. 879 i Dz. U. 2006, Nr 119, poz. 818)

Uchwała nr 201/03 Zarządu TP S.A. z dnia 13 listopada 2003 r. w sprawie udzielania rabatów w opłatach telekomunikacyjnych osobom niepełnosprawnym

Ustawa z dnia 20 czerwca 1992 r. o uprawnieniach do bezpłatnych i ulgowych przejazdów środkami publicznego transportu zbiorowego (Dz. U. 1992, Nr 54, poz. 254), tekst jednolity z dnia 9 października 2002 r. (Dz. U. 2002, Nr 175, poz. 1440)

Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 25 października 2002 r. w sprawie rodzajów dokumentów poświadczających uprawnienia do korzystania z ulgowych przejazdów środkami transportu zbiorowego (Dz. U. 2002, Nr 179, poz. 1495)