

Pracownia Psychologii Klinicznej
Wielkopolskiego Centrum Onkologii
oraz Fundacja Tam i z Powrotem

przedstawiają:

POMOC SOCJALNA PRZEWODNIK DLA PACJENTÓW Z CHOROBAJĄ NOWOTWOROWĄ

4
BEZPŁATNY



Patronat honorowy: Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej

razem zwyciężymy raka!

PRACOWNIA PSYCHOLOGII KLINICZNEJ

W 2005 r. rozpoczęła swoją działalność Pracownia Psychologii Klinicznej w Wielkopolskim Centrum Onkologii mieszczącym się w Poznaniu przy ul. Garbary 15. Kierownikiem Pracowni jest mgr Dorota Gołąb. Pracownię Psychologii Klinicznej tworzy zespół psychologów i pracowników socjalnych. Działania pracowni dotyczą:

1. Wsparcia psychologicznego dla pacjentów, ich rodzin i bliskich,
2. Konsultacji psychologicznych,
3. Spotkań psychoedukacyjnych dla grup pacjentów oraz dla rodzin,
4. Diagnozy neuropsychologicznej pacjentów leczonych z powodu nowotworów OUN,
5. Rehabilitacji funkcji poznawczych,
6. Prowadzenia działalności informacyjnej w sprawach orzecznictwa, refundacji i uprawnień przysługujących osobom niepełnosprawnym oraz pomocy społecznej,
7. Organizacji comiesięcznych spotkań informacyjnych z psychologami, lekarzami różnych specjalności, ekspertami ZUS, kosmetyczką.

Dodatkową działalnością pracowni jest organizacja zajęć z arteterapii oraz koncertów i wydarzeń artystyczno – kulturalnych dla pacjentów naszego szpitala.

Oferowana pomoc jest bezpłatna i dostępna dla wszystkich pacjentów i ich rodzin.

Kontakt:

Pracownia Psychologii Klinicznej

Pokój 3070

Tel: 61 8850 882, tel./fax: 61 8850 956

FUNDACJA TAM I Z POWROTEM

Fundacja powstała z potrzeby wspomnienia chorych na nowotwory pacjentów polskich szpitali. W Radzie Fundacji zasiadają wybitni onkolodzy oraz osoby pragnące poświęcić swój czas i energię realizacji działań statutowych Fundacji.

Fundacja ma dwa zasadnicze zadania do spełnienia:

- pierwsze zadanie to wspieranie finansowe polskiej onkologii poprzez rozmaite formy zbiórki pieniędzy i realizację niezbędnych projektów.
- drugim zaś zadaniem jest szeroko pojęte działanie informacyjno – promocyjne, którego celem jest podniesienie w polskim społeczeństwie świadomości i wiedzy na temat chorób nowotworowych, sposobów ich leczenia i profilaktyki.

Rozpoczęliśmy realizację kilku programów m. in.:

„Razem zwyciężymy raka!” – wydawnictwo poradników.

Celem programu jest bezpłatne dostarczenie zainteresowanym rzetelnej, fachowej wiedzy prezentowanej w zrozumiałym i przystępnym sposób.

Wparcie onkologii dziecięcej.

Założeniem akcji jest stworzenie przyjaznych warunków w procesie leczenia dla dzieci z chorobami nowotworowymi.

Polepszenie warunków pobytu pacjentów w ośrodkach onkologicznych.

Zasadniczym celem programu jest poprawa warunków pobytowych pacjentów z chorobami nowotworowymi w ośrodkach onkologicznych.

Program edukacyjny dla pielęgniarek onkologicznych.

We współpracy z Wydziałem Pielęgniarstwa Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i Polskim Towarzystwem Onkologii Klinicznej przygotowujemy Program edukacji pielęgniarek onkologicznych.

Akcja wydawnicza „Razem zwyciężymy raka!” ma na celu rozpowszechnienie szeroko pojętej wiedzy na temat chorób onkologicznych wśród pacjentów i ich rodzin. Założeniem akcji wydawniczej jest bezpłatny dostęp do poradników dla pacjentów ośrodków onkologicznych.

Dostępne tytuły poradników z serii „Razem zwyciężymy raka!”:

1. „Po diagnozie. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin”,
2. „Seksualność kobiety w chorobie nowotworowej. Poradnik dla kobiet i ich partnerów”,
3. „Seksualność mężczyzny w chorobie nowotworowej. Poradnik dla mężczyzn i ich partnerek”,
4. „Pomoc socjalna – przewodnik dla pacjentów z chorobą nowotworową”,
5. „Pielęgnacja pacjenta w chorobie nowotworowej”.

Poradniki są dostępne na stronie internetowej Fundacji: www.tamizpowrotem.org

www.tamizpowrotem.pl

Na stronie uzyskasz również informacje o organizacjach niosących pomoc pacjentom z chorobami nowotworowymi i ich rodzinom, a także znajdziesz wiele informacji dotyczących samej choroby.

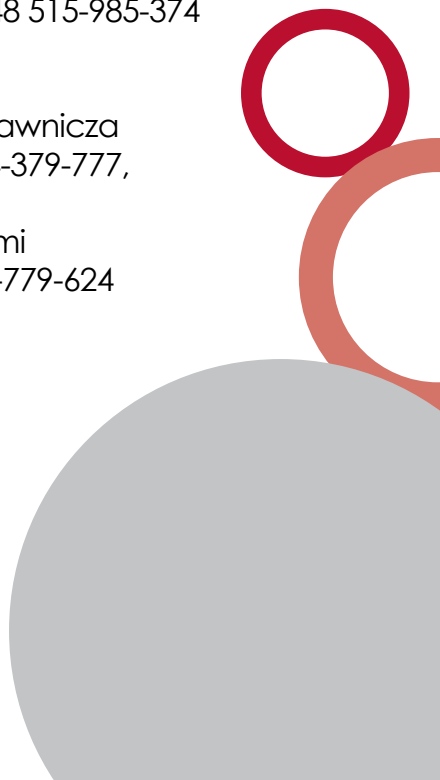
Programy i projekty realizowane przez naszą Fundację są w pełni finansowane dzięki wsparciu darczyńców. Każdy sposób wsparcia jest dla nas ogromnym wyróżnieniem i stanowi podstawę naszej działalności. Więcej informacji o formach wsparcia na stronie www.tamizpowrotem.org

Skontaktuj się z nami:

Antoni Rodowicz – Prezes Fundacji „Tam i z Powrotem”
a.rodowicz@tamizpowrotem.org, tel. +48 515-985-374

Wydawca - PRIMOPRO
Katarzyna Kowalska – współpraca wydawnicza
kasia.primopro@gmail.com, tel. +48 604-379-777,

Ewa Podymniak – współpraca z mediami
ewa.primopro@gmail.com, tel. +48 509-779-624



SPIS TREŚCI

1. Wstęp	5
2. Orzecznictwo rentowe (świadczenia z ubezpieczenia społecznego - ZUS)	6
2.1. Świadczenie rehabilitacyjne	6
2.2. Renta z tytułu niezdolności do pracy	8
2.2a. Niezdolność do samodzielnej egzystencji (dodatek pielęgnacyjny)	9
2.2b. Odwołania	10
3. Orzecznictwo o stopniu niepełnosprawności do celów pozarentowych	12
4. Orzecznictwo rentowe a orzecznictwo pozarentowe - porównanie	16
4.1. Ulgi i uprawnienia osób niepełnosprawnych	17
4.1a. Ulgi komunikacyjne	17
4.1b. Wydatki na cele rehabilitacyjne czyli odliczenia od dochodu	25
5. Opieka długoterminowa - ogólne informacje dla pacjentów	25
6. Zasiłki i świadczenia z pomocy społecznej	27

Konsultacja merytoryczna: mgr Dorota Gołąb

Opracowanie: mgr Arkadiusz Spychała, mgr Ilona Wicberger

Korekta: Katarzyna Kulesza

Opracowanie graficzne: Tomasz Rupociński

Redakcja: Antoni Rodowicz

Druk: Miller Druk Sp. z o. o.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, powielanie i wykorzystywanie części lub całości informacji, zdjęć i innych treści zawartych w publikacji w jakiegokolwiek formie bez pisemnej zgody wydawcy zabronione.

Niniejsza publikacja podlega ochronie na mocy prawa autorskiego.

PRIMOPRO 2012

ISBN: 978-83-63398-07-1

I. Wstęp

W niniejszym opracowaniu chcemy przybliżyć wszystkim zainteresowanym, w jaki sposób mogą szukać pomocy, a przede wszystkim jak mogą ją otrzymać. Gdy chorujemy, najczęściej zmieniają się nasze możliwości wykonywania pracy zawodowej, natomiast koszty dojazdów na leczenie bądź samo leczenie i jego pochodne są dla budżetów domowych często zbyt wielkim obciążeniem. Oczywiście lepiej w sytuacjach kryzysowych radzą sobie osoby, które wspiera rodzina. Osoby samotne zdane są zazwyczaj na pomoc sąsiedzką lub instytucjonalną.

W opracowaniu piszemy o orzecznictwie, czyli o prawnym ustalaniu, kto jest osobą niepełnosprawną. Można nią być we własnym przekonaniu, może to potwierdzać medycyna, czyli opinia lekarza, może tak nas oceniać otoczenie (znajomi, sąsiedzi). Jednak dopiero prawne ustalenie, czy jesteśmy niepełnosprawni, daje określone uprawnienia. Bez takiego ustalenia – bez orzeczenia – osoba niepełnosprawna nie skorzysta z prawa do renty i innych świadczeń, z ulg podatkowych czy ulg w komunikacji publicznej.

Obecnie obowiązują dwa rodzaje orzecznictwa, regulowane odrębnymi ustawami, które prowadzone są przez różne instytucje:

- **do celów rentowych** – orzecznictwo rentowe, prowadzone przez lekarzy orzeczników Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) oraz komisje lekarskie ZUS,
- **do celów pozarentowych** – orzecznictwo pozarentowe, prowadzone przez zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności.

Poniżej omawiamy najważniejsze zasady tych dwóch rodzajów orzecznictwa.

UWAGA: Podane w poradniku informacje o orzecznictwie rentowym odnoszą się do orzecznictwa prowadzonego przez lekarzy orzeczników oraz komisje lekarskie ZUS.

Należy jednak pamiętać, że oprócz ZUS-u orzecznictwem rentowym zajmują się także inne instytucje: lekarze rzeczoznawcy i komisje lekarskie Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), komisje lekarskie podległe MON lub ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych.

System orzecznictwa gruntownie zmieniono w 1997 r. W starym systemie niepełnosprawni uzyskiwali orzeczenie o grupie inwalidzkiej. Osoby, które przed zmianami z 1997 r. zaliczono do jednej z grup, zachowały nabyte uprawnienia, jeśli orzeczenie nie utraciło mocy lub nie zostało zmienione. W ostatnim rozdziale porównujemy stary i nowy system, wyjaśniając, jak obecnie traktowane są grupy inwalidzkie.

UWAGA: Przy świadczeniach z ubezpieczenia społecznego pamiętamy, że zasiłek chorobowy trwa 182 dni na jedną jednostkę chorobową. Sześć tygodni przed upływem tegoż świadczenia można wystąpić do ZUS-u o świadczenie rehabilitacyjne, które jest kontynuacją zasiłku chorobowego i może być przyznane na mocy decyzji lekarza orzecznika ZUS na okres dwunastu miesięcy.

2. Orzecznictwo rentowe (świadczenia z ubezpieczenia społecznego - ZUS)

1. ŚWIADCZENIE REHABILITACYJNE

Prawo do świadczenia

Świadczenie rehabilitacyjne **przyśuguje** ubezpieczonemu, który po upływie okresu pobierania zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja rokują odzyskanie zdolności do pracy. Przysługuje ono przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej niż przez dwanaście miesięcy. Świadczenie **nie przysługuje** osobie uprawnionej do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego albo urlopu na poratowanie zdrowia.

Świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia chorobowego **przysługuje** objętym ubezpieczeniem chorobowym:

- pracownikom,
- osobom wykonującym pracę nakładczą,
- członkom rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych,
- osobom wykonującym odpłatnie pracę na podstawie skierowania do pracy w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania,
- osobom wykonującym pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia oraz osobom z nimi współpracującym,
- osobom prowadzącym pozarolniczą działalność oraz osobom z nimi współpracującym,
- duchownym,

- osobom odbywającym służbę zastępczą.

Świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia wypadkowego – z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową – przysługuje osobom podlegającym ubezpieczeniu wypadkowemu tj.:

- pracownikom,
- członkom rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych,
- osobom wykonującym pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczeniu usług, do której zgodnie z Kodeksem Cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, oraz osobom z nimi współpracującym, jeżeli praca jest przez te osoby wykonywana w siedzibie lub w miejscu prowadzenia działalności zleciodawcy,
- osobom prowadzącym pozarolniczą działalność oraz osobom z nimi współpracującymi, jeśli w dniu wypadku przy pracy lub w dniu złożenia wniosku o przyznanie świadczeń z tytułu choroby zawodowej nie występuje zadłużenie z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne na kwotę przekraczającą 6,60 zł,
- osobom wykonującym odpłatnie pracę na podstawie skierowania do pracy, w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania,
- duchownym będącym płatnikami składek na własne ubezpieczenie, świadczenie przysługuje, jeśli w dniu wypadku przy pracy lub w dniu złożenia wniosku o przyznanie świadczeń z tytułu choroby zawodowej nie występuje zadłużenie z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne na kwotę przekraczającą 6,60 zł,
- posłom i senatorom pobierającym

uposażenie – jedynie w przypadku niezdolności do pracy po ustaniu tytułu ubezpieczenia wypadkowego,

- osobom pobierającym stypendia sportowe – jedynie w przypadku niezdolności do pracy po ustaniu tytułu ubezpieczenia wypadkowego,

- słuchaczom Krajowej Szkoły Administracji Publicznej, pobierającym stypendia – jedynie w przypadku niezdolności do pracy po ustaniu tytułu ubezpieczenia wypadkowego,

- absolwentom pobierającym stypendium w okresie odbywania szkolenia lub stażu, na które zostali skierowani przez powiatowy urząd pracy – jedynie w przypadku niezdolności do pracy po ustaniu tytułu ubezpieczenia wypadkowego,

- osobom odbywającym służbę zastępczą,

- funkcjonariuszom Służby Celnej.

W razie stwierdzenia zadłużenia z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne na kwotę przewyższającą 6,60 zł, świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia wypadkowego należne:

- osobom prowadzącym pozarolniczą działalność i osobom z nimi współpracującymi oraz

- duchownym, będącym płatnikami składek na własne ubezpieczenie nie przysługuje do czasu spłaty całości zadłużenia. Jeżeli spłata całości zadłużenia nastąpi w ciągu szczęściu miesiący od dnia wypadku albo odpowiednio od dnia złożenia wniosku o przyznanie świadczeń z tytułu choroby zawodowej, ubezpieczonemu przysługuje świadczenie rehabilitacyjne za cały okres orzeczonej niezdolności do pracy. W przypadku uregulowania przez ubezpieczonego całości zadłużenia po upływie szczęściu miesiący od dnia

wypadku lub od dnia złożenia wniosku o przyznanie świadczeń z tytułu choroby zawodowej, ubezpieczony nabywa prawo do świadczenia rehabilitacyjnego od dnia spłaty całości zadłużenia. Prawo do świadczenia za okres przed tą datą ulega przedawnieniu.

Podstawa wymiaru i wysokość świadczenia

Świadczenie wypłacane jest w wysokości **90%** wynagrodzenia lub przychodu, które stanowiło podstawę wymiaru zasiłku chorobowego za okres pierwszych 90 dni pobierania świadczenia, a jeśli niezdolność do pracy przypada na okres ciąży (świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia chorobowego) oraz gdy niezdolność do pracy została spowodowana wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową (świadczenie rehabilitacyjne z ubezpieczenia wypadkowego) – w wysokości **100%** tego wynagrodzenia; w pozostałych przypadkach wynosi ono 75%.

W celu obliczenia świadczenia rehabilitacyjnego podstawa wymiaru zasiłku chorobowego przyjęta do obliczenia tego świadczenia podlega waloryzacji od pierwszego dnia okresu, na który świadczenie zostało przyznane.

Niezbędne dokumenty

Dokumentem niezbędnym do ustalenia prawa do świadczenia jest wniosek o świadczenie rehabilitacyjne, złożony na druku ZUS Np-7.

1. Oświadczenie złożone na druku ZUS Np-7,
2. Zaświadczenie o stanie zdrowia na druku ZUS N-9,
3. Wywiad zawodowy na druku ZUS N-10,
4. Informacja o placówkach w których się leczymy na druku ZUS N-9a

O potrzebie przyznania świadczenia rehabilitacyjnego orzeka lekarz orzecznik ZUS. Jeżeli świadczenie jest wypłacane przez ZUS, do jego wypłaty niezbędne jest zaświadczenie płatnika składek, wystawione na druku ZUS Z-3 (w przypadku pracowników) oraz ZUS Z-3a (w przypadku pozostałych ubezpieczonych).

2. Renta z tytułu niezdolności do pracy

Podstawa prawna:

- ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t.j. Dz. U. z 2009 r., Nr 153, poz. 1227 z późn. zm.),
- rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy (Dz. U. z 2004 r., Nr 273, poz. 2711 z późn. zm.).

Kto orzeka o niezdolności do pracy do celów rentowych?

Orzekaniem o niezdolności do pracy do celów rentowych zajmują się **lekarze orzecznicy** Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Lekarz orzecznik ocenia stopień niezdolności do pracy. Wydaje on orzeczenie, na podstawie którego ZUS podejmuje decyzję w sprawie świadczeń rentowych. Osoba ubiegająca się o rentę z tytułu niezdolności do pracy składa **wniosek o rentę** we właściwym terenowo oddziale ZUS. Orzekaniem zajmują się też komisje lekarskie ZUS (zobacz podrozdział: „Odwołania...”).

Z wnioskiem o **wydanie orzeczenia** występuje właściwa jednostka organizacyjna oddziału ZUS. Orzeczenie stanowi dla organu rentowego podstawę do wydania decyzji w sprawie świadczeń (np. renty), do których prawo uzależnio-

ne jest od stwierdzenia niezdolności do pracy.

Na podstawie jakich dokumentów jest wydawane orzeczenie?

Lekarz orzecznik wydaje orzeczenie na podstawie bezpośredniego badania osoby ubiegającej się o świadczenie oraz posiadanej dokumentacji.

Wniosek o wydanie orzeczenia powinien zawierać:

- imię i nazwisko, datę urodzenia, miejsce zamieszkania wnioskodawcy, PESEL i NIP lub serię i numer dowodu osobistego albo paszportu,
- określenie celu wydania orzeczenia i wskazanie okoliczności, które lekarz orzecznik ma ustalić.

Do wniosku powinny być dołączone:

- 1)** zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba ubiegająca się o świadczenie (zaświadczenie nie może być wystawione wcześniej niż miesiąc przed złożeniem wniosku o rentę),
- 2)** wywiad zawodowy dotyczący charakteru i rodzaju pracy,
- 3)** dokumentacja medyczna i rentowa oraz inne dokumenty poświadczające stan zdrowia, a mające znaczenie dla wydania orzeczenia, np. poprzednie orzeczenie, zaświadczenie ze szpitala, karta badania profilaktycznego, dokumentacja rehabilitacji leczniczej lub zawodowej.

Jeśli wymieniona powyżej dokumentacja jest wystarczająca do wydania orzeczenia, lekarz orzecznik może wydać orzeczenie tylko na tej podstawie, bez przeprowadzania badania. Przed wydaniem orzeczenia lekarz orzecznik

może zlecić uzupełnienie dokumentacji, w szczególności o opinie lekarza konsultanta lub psychologa albo o wyniki badań dodatkowych lub obserwacji szpitalnej.

O czym orzeka lekarz orzecznik ZUS?

Lekarz orzecznik wydaje orzeczenie o niezdolności do pracy.

Przy ocenie stopnia i trwałości niezdolności do pracy oraz rokowania co do odzyskania zdolności do pracy lekarz orzecznik bierze pod uwagę:

- stopień naruszenia sprawności organizmu oraz możliwości ich przywrócenia w wyniku podjęcia leczenia i rehabilitacji,
- możliwość wykonywania dotychczasowej lub podjęcia innej pracy oraz celowość przekwalifikowania zawodowego, biorąc pod uwagę m.in. dotychczas wykonywaną pracę, wykształcenie oraz wiek.

Lekarz orzecznik kwalifikuje osobę jako:

- całkowicie niezdolną do pracy oraz samodzielnej egzystencji;
- całkowicie niezdolną do pracy, czyli taką, która utraciła zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy;
- częściowo niezdolną do pracy, czyli taką, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy, zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji.

2A. NIEZDOLNOŚĆ DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI (DODATEK PIELĘGNACYJNY)

Orzekana jest w wypadku, gdy stopień naruszenia sprawności organizmu powoduje konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych.

Niezdolność do pracy orzeka się na okres nie dłuższy niż pięć lat.

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

Jakie warunki należy spełnić, aby otrzymać rentę?

Samo orzeczenie niezdolności do pracy nie jest równoznaczne z prawem do renty. Prawo do renty ma osoba, która spełni **jednocześnie** następujące warunki:

- 1) jest niezdolna do pracy,
- 2) ma wymagany okres zatrudnienia (tzw. okresy składkowe i nieskładkowe),
- 3) niezdolność do pracy powstała w czasie zatrudnienia lub w okresie równorzędnym z okresem zatrudnienia albo nie później niż w ciągu 18 miesięcy od ustania tych okresów. Okresy te, jak również okresy z pozycji 2. są dokładnie określone w ustawie o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Jest ich jednak zbyt dużo, a ich opis na tyle obszerny i skomplikowany, że nie możemy go tu w całości zamieścić (należy do nich np. okres zatrudnienia na podstawie umowy o pracę lub okres pobierania zasiłku dla bezrobotnych).

Osobie, która spełnia **WSZYSTKIE** wymienione powyżej warunki, przysługuje:

- renta okresowa – jeżeli niezdolność do pracy jest okresowa. Renta ta przysługuje przez okres wskazany w decyzji organu rentowego;
- renta stała – jeżeli niezdolność do pracy jest trwała;
- renta szkoleniowa – jeżeli wobec tej osoby orzeczono celowość przekwalifikowania zawodowego, ponieważ

nie może ona pracować w dotychczasowym zawodzie. Renta szkoleniowa przysługuje przez sześć miesięcy, z możliwością przedłużenia, ale nie dłużej niż o 30 miesięcy (jeśli jest to niezbędne do przekwalifikowania się).

O czym należy pamiętać?

Organ rentowy pisemnie zawiadamia osobę uprawnioną o terminie wstrzymania wypłaty oraz o warunkach przywrócenia prawa do renty z tytułu okresowej niezdolności do pracy, nie później niż na trzy miesiące przed ustaniem prawa do renty. Osoba zainteresowana dalszym pobieraniem renty powinna złożyć wniosek o przywrócenie do niej prawa wraz z zaświadczeniem o stanie zdrowia, wydanym przez opiekującego się nią lekarza.

Niezdolność do pracy jest orzekana przez lekarza orzecznika ZUS **do celów rentowych. Nie oznacza to jednak, że nie możemy podjąć pracy.**

ZUS nie ma wpływu na ewentualne wykonywanie pracy przez ubezpieczonego, co do którego orzeczono niezdolność do pracy, a może jedynie zawiesić rentę w całości lub w części. Nie oznacza to jednak, że podjęcie pracy nie może mieć wpływu na sytuację rencisty, np. wykonywanie ciężkiej pracy fizycznej przez pana Kowalskiego, który ma orzeczoną okresową niezdolność do pracy, może mieć wpływ na treść orzeczenia wydanego przez lekarza orzecznika ZUS podczas kolejnych badań.

2b. Odwołania

Komisje lekarskie ZUS

Od 1 stycznia 2005 r. obowiązują nowe zasady odwoływania się w sprawach dotyczących rent i orzekania

o niezdolności do pracy. Do końca 2004 r. od decyzji lekarza orzecznika ZUS – od jego orzeczenia – nie przysługiwało odwołanie. Decyzję lekarza można było podważyć jedynie na drodze postępowania sądowego. Obecnie można zmienić niekorzystne orzeczenie lekarza, składając sprzeciw do komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. To znacznie skraca czas oczekiwania na decyzję (postępowania w sądzie trwały niekiedy nawet kilka lat).

Postępowanie w ZUS

1. Lekarz orzecznik ZUS wydaje **orzeczenie o niezdolności do pracy.**
2. Od orzeczenia lekarza orzecznika ZUS przysługuje **sprzeciw do komisji lekarskiej** Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Sprzeciw należy zgłosić przed upływem 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia lekarza orzecznika. Sprzeciw zgłasza się za pośrednictwem właściwej ze względu na miejsce zamieszkania jednostki organizacyjnej ZUS. Będzie to więc ta sama jednostka, do której zgłosiliśmy się na początku – składając wniosek o rentę.
3. Na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika ZUS lub orzeczenia komisji lekarskiej Zakład **wyduje decyzję w sprawie świadczeń**, do których prawo uzależnione jest od stwierdzenia niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Orzeczenie lekarza orzecznika może być podważone przez samego zainteresowanego, tzn. osobę ubiegającą się o rentę. Również ZUS może przekazać sprawę komisji lekarskiej do ponownego rozpatrzenia - ma na to 14 dni. W tym terminie może zgłosić zarzut

wadliwości orzeczenia, zawiadamiając o tym fakcie osobę zainteresowaną.

ODWOŁANIE DO SĄDU

Podstawa prawna:

- ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks Postępowania Cywilnego (Dz. U. z 1964 r., Nr 43, poz. 296 z późn. zm.)

Od decyzji ZUS w sprawie renty można odwołać się do Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych. Odwołanie do sądu nie będzie skuteczne, jeśli w pierwszej kolejności nie skorzystamy z drogi odwoławczej w ZUS (nie zgłosimy sprzeciwu do komisji lekarskiej). Pamiętajmy jednak, że do komisji odwołujemy się (wnosimy sprzeciw) tylko w sprawie orzeczenia, a nie w sprawie decyzji o przyznaniu świadczenia.

Odwołanie do sądu wnosi się pisemnie **za pośrednictwem oddziału ZUS, który wydał decyzję, w terminie miesiąca od doręczenia odpisu decyzji**. Sąd odrzuca odwołanie wniesione po upływie terminu, chyba że przekroczenie terminu nie jest nadmierne i nastąpiło z przyczyn niezależnych od odwołującego się. Jeżeli oddział ZUS uzna odwołanie za słuszne, zmienia lub uchyla zaskarżoną decyzję i sprawa nie trafia już do sądu. Jeżeli odwołanie nie zostanie uwzględnione, sprawa trafia do sądu. Jeżeli organ rentowy nie wydał decyzji w terminie dwóch miesięcy, licząc od dnia zgłoszenia roszczenia, odwołanie można wnieść w każdym czasie po upływie tego terminu. Postępowanie sądowe jest wolne od opłat sądowych. W sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych i w sprawach odwołań rozpoznawanych przez sąd pracy i ubezpieczeń społecznych pobiera się opłatę podstawową w kwocie 30 zło-

tych wyłącznie od apelacji, zażalenia, skargi kasacyjnej i skargi o stwierdzenie niezgodności z prawem prawomocnego orzeczenia (art. 36 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, t.j. Dz.U. z 2010 r., Nr 90, poz. 594 z późn. zm). Oznacza to, że opłaty obowiązują dopiero w wypadku postępowań przed sądami kolejnych instancji (np. kiedy będziemy chcieli, aby naszą sprawę zbadał Sąd Najwyższy).

Przykra niespodzianka: weryfikacja, czyli badania kontrolne

Uzyskanie zadowolającego nas orzeczenia lekarza orzecznika lub komisji lekarskiej oraz przyznana renta nie oznacza, że już zawsze będziemy otrzymywać świadczenie. Zdają sobie z tego sprawę osoby, którym orzeczono okresową niezdolność do pracy i przyznano rentę okresową. Jednak nawet uzyskanie orzeczenia o trwałej niezdolności do pracy nie oznacza, że już nigdy nie będziemy musieli poddawać się ocenie ZUS. Zakład ma prawo wezwać nas na badania kontrolne, sprawdzić, czy lekarze orzecznicy i komisje pracują prawidłowo, a orzeczenia wydawane są według jednolitych zasad. Jeśli ZUS doszuka się nieprawidłowości, może zlecić ponowne badanie. Konsekwencje kontroli mogą okazać się nieprzyjemne dla osoby niepełnosprawnej, dotychczasowe orzeczenie może zostać zmienione, a rencista nawet zostać pozbawiony orzeczenia (i renty). Od takiej decyzji przysługują opisane wyżej środki odwoławcze.

W 2003 i 2004 r. publicznie dyskutowano o weryfikacji rencistów, czyli masowym i planowym sprawdzaniu wydanych już

orzeczeń (propozycje takie zawierał tzw. Plan Hausnera). Z pomysłu tego wycofano się, jednak pozostała możliwość weryfikacji na dotychczasowych zasadach, czyli właśnie na podstawie badań kontrolnych. Renciści słysząc o tym, że weryfikacji nie będzie, zaskakiwani są wezwaniem na badania. Trzeba zdawać sobie sprawę, że ZUS ma takie możliwości i z nich korzysta.

3. Orzecznictwo o stopniu niepełnosprawności do celów pozarentowych

Podstawa prawna:

- ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2011 r., Nr 127, poz. 721 z późn. zm.),
- rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z 2003 r., Nr 139, poz. 1328 z późn. zm.),
- rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 r. w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16 roku życia (Dz. U. z 2002 r., Nr 17, poz. 162 z późn. zm.).

Kto orzeka o stopniu niepełnosprawności do celów pozarentowych?

Orzeczenia o stopniu niepełnosprawności do celów pozarentowych wydają powiatowe zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności.

Zespół orzeka na wniosek:

- osoby zainteresowanej,
 - przedstawiciela ustawowego tej osoby.
- Wniosek można również złożyć **za pośred-**

nictwem centrum pomocy rodzinie lub ośrodka pomocy społecznej – wówczas osoba zainteresowana albo jej przedstawiciel ustawowy muszą wyrazić pisemną zgodę na złożenie wniosku w jej imieniu.

Wniosek o wydanie orzeczenia składa się w **powiatowym zespole ds. orzekania o niepełnosprawności**. O właściwy dla danego powiatu adres należy pytać w Urzędzie Powiatowym. Nie w każdym powiecie znajduje się zespół ds. orzekania, dlatego może się okazać, że zostaniemy skierowani do sąsiedniego powiatu.

Na podstawie jakich dokumentów jest wydawane orzeczenie?

Wniosek o wydanie orzeczenia powinien zawierać: imię i nazwisko wnioskodawcy, datę urodzenia, adres zamieszkania, numer dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość, cel uzyskania orzeczenia, uzasadnienie wniosku (czyli określenie sytuacji społecznej i zawodowej, informacje o tym, czy osoba ta ubiegała się poprzednio o ustalenie niepełnosprawności i czy pobiera świadczenia z ubezpieczenia społecznego).

Poza tym wymagane są:

- zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia, wydane przez lekarza, pod którego opieką lekarską znajduje się wnioskodawca (powinno być wydane nie wcześniej niż na 30 dni przed dniem złożenia wniosku),
- inne dokumenty, w tym medyczne, umożliwiające ocenę stopnia niepełnosprawności.

Kiedy osoba orzeczona w ZUS bądź KRUS chce wystąpić o orzeczenie do wskazania ulg i uprawnień musi dołączyć do wniosku posiadane ważne orzeczenie.

UWAGA: Wymagane druki do wypełnienia otrzymuje się na miejscu, np. w powiatowym zespole ds. orzekania o niepełnosprawności (często również w siedzibie powiatu). Można je też uzyskać listownie.

Ocena stanu zdrowia

Wnioskodawca bierze udział w posiedzeniu składu orzekającego. O jego terminie jest powiadamiany najpóźniej na 14 dni przed wyznaczoną datą posiedzenia. Podczas posiedzenia przeprowadza się badanie – ocenę stanu zdrowia. Jeżeli osoba zainteresowana nie może uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo i potwierdzonej zaświadczeniem lekarskim, badanie przeprowadza się w miejscu pobytu tej osoby. Ocena stanu zdrowia może być również przeprowadzona bez badania, jeśli lekarz – przewodniczący składu orzekającego uzna posiadaną dokumentację medyczną za wystarczającą do wydania takiej oceny.

Wniosek jest rozpatrywany nie później niż w ciągu 1 miesiąca od dnia jego złożenia. W przypadkach bardziej skomplikowanych wniosek jest rozpatrywany nie później niż w ciągu dwóch miesięcy od daty złożenia wniosku.

STOPNIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Powiatowy zespół ds. orzekania o niepełnosprawności wydaje orzeczenia o:

- **znacznym stopniu niepełnosprawności** – zalicza się do niego osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej

opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji,

- **umiarkowanym stopniu niepełnosprawności** – zalicza się do niego osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych,

- **lekkim stopniu niepełnosprawności** – zalicza się do niego osobę o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu ze zdolnościami, jakie wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych, z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną lub mającą ograniczenia w pełnieniu ról społecznych, dające się kompensować za pomocą wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze,

- **niezdolność do samodzielnej egzystencji** - oznacza naruszenie sprawności organizmu w stopniu uniemożliwiającym zaspokajanie bez pomocy innych osób podstawowych potrzeb życiowych, za które uważa się przede wszystkim samoobsługę, poruszanie się i komunikację.

Zespół wydaje również orzeczenie o wskazaniach do ulg i uprawnień (w przypadku osób posiadających już prawomocne orzeczenie o inwalidztwie lub niezdolności do pracy). Korzyści płynące z posiadania takiego orzeczenia podajemy w dalszej części tekstu.

UWAGA: Orzeczenie o znacznym albo umiarkowanym stopniu niepełnospraw-

ności nie stanowi przeciwwskazania do podjęcia zatrudnienia na otwartym rynku pracy. Oczywiście pracodawca musi wówczas zapewnić odpowiednie warunki pracy, uwzględniające potrzeby wynikające z niepełnosprawności. Warunki takie powinny być potwierdzone opinią Państwowej Inspekcji Pracy. Osoby niepełnosprawne mogą również podejmować zatrudnienie w formie telepracy.

Orzekanie o niepełnosprawności dzieci do lat 16

Zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności zajmują się również orzekaniem o niepełnosprawności dzieci do lat 16. Zespoły orzekają na podstawie opinii (dokumentacji medycznej) wydanej przez lekarza. Pierwsze kroki należy więc skierować do specjalisty opiekującego się naszym dzieckiem.

Definicja niepełnosprawności dzieci do 16 roku życia

Osoby, które nie ukończyły 16 roku życia, zaliczane są do osób niepełnosprawnych, jeżeli mają naruszoną sprawność fizyczną lub psychiczną o przewidywanym okresie trwania powyżej 12 miesięcy. Jej przyczyną mogą być wady wrodzone, długotrwała choroba lub uszkodzenie organizmu, powodujące konieczność zapewnienia im całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku.

Czemu służy orzecznictwo do celów pozarentowych?

Posiadanie orzeczenia wydanego przez zespół ds. orzekania o niepełnosprawno-

ści pozwala korzystać z następujących form pomocy bądź uprawnień:

- w zakresie rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia – możliwość uzyskania odpowiedniego zatrudnienia, np. w zakładach pracy chronionej, zakładach aktywności zawodowej (oczywiście nie oznacza to, że osoby niepełnosprawne mogą pracować wyłącznie w warunkach pracy chronionej),
- możliwość korzystania ze szkoleń (w tym specjalistycznych),
- podleganie przywilejom pracowniczym osób niepełnosprawnych (np. prawo do dodatkowych urlopów, przerw w pracy),
- ulgi, np. podatkowe, komunikacyjne, zwolnienie z opłat radiowo-telewizyjnych (abonamentu), na podstawie odrębnych przepisów,
- w zakresie rehabilitacji, np. turnusy rehabilitacyjne,
- korzystanie z zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie danej osoby,
- usługi socjalne, opiekuńcze, terapeutyczne, rehabilitacyjne, świadczone przez instytucje pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki,
- zasiłki pielęgnacyjne i inne świadczenia (np. dodatki do zasiłku rodzinnego związane z niepełnosprawnością).

Legitymacja

Orzeczenie jest podstawą korzystania z ulg i uprawnień przysługujących osobom niepełnosprawnym. Potwierdzeniem posiadania orzeczenia jest legitymacja osoby niepełnosprawnej. Organem uprawnionym do jej wydania jest starosta. **Wniosek o wydanie legitymacji osoba zainteresowana składa we właściwym dla jej miejsca zamiesz-**

kania powiatowym zespole ds. orzekania o niepełnosprawności. Druk wniosku udostępniła zespół.

Do kogo można się odwołać?

Odwołanie od orzeczenia powiatowego zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności przysługuje w terminie 14 dni od daty doręczenia i powinno być skierowane do **wojewódzkiego zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności**. Odwołanie składa się **za pośrednictwem** powiatowego zespołu, w ciągu 7 dni rozpatruje je. Jeżeli utrzymuje je w mocy, to przekazuje odwołanie wraz z aktami sprawy do Wojewódzkiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności

Od orzeczenia wydanego przez wojewódzki zespół przysługuje odwołanie do Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych za pośrednictwem organu, który wydał orzeczenie, tzn. wojewódzkiego zespołu. Postępowanie w sprawach odwołań jest wolne od kosztów i opłat sądowych. *W sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych i w sprawach odwołań rozpoznawanych przez Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych pobiera się opłatę podstawową w kwocie 30 złotych wyłącznie (podkr. red.) od apelacji, zażalenia, skargi kasacyjnej i skargi o stwierdzenie niezgodności z prawem prawomocnego orzeczenia (art. 36 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, t.j. Dz. U. z 2010 r., Nr 90, poz. 594 z późn. zm.).*

System monitoringu

W lipcu 2007 r. dopisano do ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych artykuł 6d, na podstawie

którego powstaje **Elektroniczny Krajowy System Monitoringu Orzekania o Niepełnosprawności**. W tworzenie rejestru wydanych orzeczeń zaangażowane są oczywiście powiatowe i wojewódzkie zespoły ds. orzekania. To one będą wprowadzać dane dotyczące osób niepełnosprawnych. W rejestrze/systemie znajdują się m.in. informacje o osobach, które złożyły wniosek o ustalenie niepełnosprawności albo o ustalenie stopnia niepełnosprawności, dane dotyczące ich wykształcenia, zawodu, form ich zatrudnienia, a także datę i rodzaj wydanego orzeczenia. System gromadzi i przetwarza informacje w celu usprawnienia i podniesienia jakości orzekania o niepełnosprawności.

Orzeczenia lekarza orzecznika ZUS oraz zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności nie są względem siebie równorzędne. Czyli np. orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy równe jest orzeczeniu o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, ale ten znak równości działa tylko w jedną stronę. Wynika to z tego, że orzeczenia wydane przez zespół ds. orzekania o niepełnosprawności traktuje się na równi z orzeczeniami wydanymi przez ZUS, bez konieczności ponownego orzekania, ale tylko do celów poza świadczeniami rentowymi. Taki znak równości stawia np. ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t.j. Dz. U. z 2006 r., Nr 139, poz. 992 z późn. zm.) i ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2009 r., Nr 175, poz. 1362 z późn. zm.). W przypadku świadczeń z tytułu tych ustaw (np. w przypadku zasiłku stałego czy zasiłku pielęgnacyjnego) orzeczenia ZUS i zespołów traktowane są tak samo. **Jednak na podstawie orzeczenia wydanego przez zespół nie można ubiegać się o rentę w instytucji ubezpieczenia spo-**

4. Orzecnictwo rentowe a orzecnictwo poza- rentowe - porównanie

Dawny system orzecznictwa	Obecny system orzecznictwa (od dnia 1 września 1997 r.)	
	orzeczenie lekarza orzecznika ZUS/komisji ZUS	orzeczenie zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności
I grupa inwalidzka	całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji niezdolność do samodzielnej egzystencji	znaczny stopień niepełnosprawności
II grupa inwalidzka	całkowita niezdolność do pracy	umiarkowany stopień niepełnosprawności
III grupa inwalidzka	częściowa niezdolność do pracy lub celowość przekwalifikowania zawodowego	lekki stopień niepełnosprawności

lecznego. W tym przypadku znak równości nie może być postawiony.

Czasem elementy zawarte w orzeczeniu o inwalidztwie lub niezdolności do pracy nie są wystarczające do uzyskania ulg i świadczeń, o które osoba niepełnosprawna chce wystąpić (np. posiada prawomocne orzeczenie, ale brakuje w nim informacji o tym, że jest niewidoma). Wówczas osoba ta musi poddać się badaniom zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności, w celu uzupełnienia danych w orzeczeniu.

W związku z obowiązującą regulacją, dotyczącą orzecznictwa o niepełnosprawności, należy pamiętać, że:

- orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy oraz niezdolności do samo-

dzielnej egzystencji, orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji, a także orzeczenie zaliczające do I grupy inwalidów należy traktować na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności,

- orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy, a także orzeczenie zaliczające do II grupy inwalidzkiej należy traktować na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,

- orzeczenie o częściowej niezdolności do pracy oraz orzeczenie o celowości przekwalifikowania zawodowego, a także orzeczenie zaliczające do III grupy inwalidzkiej należy traktować na równi z orzeczeniem o lekkim stopniu niepełnosprawności.

Powyższe zrównanie orzeczeń ma zastosowanie dla przedstawionych w opracowaniu ulg i uprawnień.

1. ULGI I UPRAWNIENIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Podstawa prawna:

•ustawa z dnia 20 czerwca 1992 r. o uprawnieniach do ulgowych przejazdów środkami publicznego transportu zbiorowego (t.j. Dz. U. z 2002 r., Nr 175, poz. 1440 z późn. zm.)

1A. ULGI KOMUNIKACYJNE

UWAGA: Wszystkie ulgi obowiązują tylko w 2. klasie pociągów, jedynie w określonych kategoriach pociągów oraz na podstawie określonych rodzajów biletów (szczegóły poniżej, w opisach uprawnień wyróżnionych grup). Ulgi nie dotyczą przejazdów pociągami EuroCity i InterCity w komunikacji międzynarodowej oraz przejazdów w komunikacji autobusowej ekspresowej.

Osoby uprawnione do ulgowych przejazdów w klasie 2. – na podstawie biletów jednorazowych – korzystające z przejazdu w klasie 1., zobowiązane są uiścić dopłatę w wysokości różnicy między ceną biletu w klasie 1., a ceną biletu w klasie 2. (dotyczy ceny biletów bez ulg). Korzystając z ulgi 100-procentowej, należy zgłosić się do kasy biletowej po bezpłatny bilet.

RENCIŚCI I EMERYCI MAJĄ PRAWO DO:

•dwóch jednorazowych przejazdów w ciągu roku kalendarzowego z ulgą 37-procentową w 2. klasie pociągów osobowych, pospiesznych i ekspresowych, na podstawie zaświadczenia wydanego przez:

- terenowe jednostki Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów,
- regionalne komisje emerytów i rencistów NSZZ Solidarność,
- Niezależny Krajowy Związek Zawodowy w Polsce „Solidarność Weteranów Pracy”,
- Zarząd Główny i oddziały terenowe Stowarzyszenia Emerytów i Rencistów „Solidarność 80”,
- wojewódzkie i regionalne rady weteranów pracy Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych,
- Niezależny Związek Przyszłych i Obecnych Emerytów i Rencistów „Weterani Pracy”,
- oddziały wojewódzkie Stowarzyszenia Emerytów i Rencistów Resortu Spraw Wewnętrznych,
- zarządy i koła Związku Byłych Żołnierzy Zawodowych i Oficerów Rezerwy Wojska Polskiego,
- okręgowe sekcje emerytów i rencistów Związku Nauczycielstwa Polskiego,
- Związek Zawodowy Pracowników Najwyższej Izby Kontroli,
- Komisję Krajową i zarządy regionów Chrześcijańskiego Związku Zawodowego „Solidarność” im. Księdza Jerzego Popiełuszki,
- zarządy wojewódzkie Związku Emerytów i Rencistów Pożarnictwa Rzeczypospolitej Polskiej,
- oddziały wojewódzkie Związku Żołnierzy Ludowego Wojska Polskiego,
- terenowe jednostki Krajowego Związku Emerytów i Rencistów Służby Więziennej.

Powyższe zaświadczenia ważne są z dowodem osobistym lub innym dokumentem potwierdzającym tożsamość osoby uprawnionej.

UWAGA: Należy pamiętać, że przejazd „tam i z powrotem” jest traktowany jako dwa oddzielne przejazdy, nawet jeśli opłata za te dwa przejazdy potwierdzona jest na jednym bilecie.

OSOBY ZE ZNACZNYM STOPNIEM NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (NIEZDOLNE DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI, INWALIDZI I GRUPY) MAJĄ PRAWO DO:

- 49% ulgi w pociągach osobowych i autobusach PKS w komunikacji zwykłej, na podstawie biletów jednorazowych,
- 37% ulgi w pozostałych pociągach PKP i autobusach PKS, również na podstawie biletów jednorazowych.

Do ulgi uprawnia jeden z dokumentów:

- wypis z treści orzeczenia komisji lekarskiej ds. inwalidztwa i zatrudnienia, stwierdzający zaliczenie do I grupy inwalidzkiej,
- wypis z treści orzeczenia: wojskowej komisji lekarskiej, komisji lekarskiej podległej Ministrowi Spraw Wewnętrznych i Administracji albo Szefowi Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Szefowi Agencji Wywiadu, stwierdzający zaliczenie do I grupy inwalidztwa,
- orzeczenie bądź wypis z treści orzeczenia lekarza orzecznika lub komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, stwierdzający całkowitą niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji albo niezdolność do samodzielnej egzystencji,
- wypis z treści orzeczenia lekarza rzeczoznawcy Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego lub komisji lekarskiej KRUS, stwierdzający niezdolność do samodzielnej egzystencji,
- zaświadczenie ZUS lub KRUS, stwier-

dzające zaliczenie wyrokiem sądu do I grupy inwalidzkiej bądź uznanie niezdolności do samodzielnej egzystencji,

- legitymacja emeryta lub rencisty wojskowego, z wpisem o zaliczeniu do I grupy inwalidzkiej,
- legitymacja emeryta lub rencisty policyjnego, wydana przez właściwy organ emerytalny, podległy odpowiednio ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, Ministrowi Sprawiedliwości albo Ministrowi Obrony Narodowej, z wpisem o zaliczeniu do I grupy inwalidztwa lub stwierdzającym niezdolność do samodzielnej egzystencji,
- legitymacja osoby niepełnosprawnej, stwierdzająca znaczny stopień niepełnosprawności, wystawiona przez uprawniony organ.

Wszystkie powyższe dokumenty, z wyjątkiem legitymacji emeryta lub rencisty wojskowego oraz legitymacji osoby niepełnosprawnej, okazuje się razem z dowodem osobistym lub innym dokumentem potwierdzającym tożsamość osoby uprawnionej.

OSOBY NIEWIDOME, NIEBĘDĄCE OSOBAMI O ZNACZNYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (NIEZDOLNYMI DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI INWALIDAMI I GRUPY), MAJĄ PRAWO DO:

- 37% ulgi w 2. klasie pociągów PKP oraz w autobusach PKS, na podstawie biletów jednorazowych lub miesięcznych imiennych. Do ulgi uprawnia jeden z dokumentów (wymienionych powyżej, przy okazji omawiania uprawnień osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności) stwierdzających inwalidztwo, niezdolność do pracy albo niepełnosprawność z powodu stanu narządu wzroku.

OPIEKUN LUB PRZEWODNIK TOWARZYSZĄCY W PODRÓŻY:

- osobie o znacznym stopniu niepełnosprawności (niezdolnej do samodzielnej egzystencji, inwalidzie I grupy) lub
- osobie niewidomej,

na podstawie jednego z dokumentów podopiecznego oraz biletów jednorazowych, ma prawo do 95% ulgi w pociągach PKP i autobusach PKS. Opiekun lub przewodnik, wg ustawy, musi być osobą pełnoletnią. Przewodnikiem osoby niewidomej może być też osoba, która ukończyła 13 lat, albo pies-przewodnik (za psa ponosimy także ulgową opłatę).

DZIECI I MŁODZIEŻ NIEPEŁNOSPRAWNA ORAZ ICH RODZICE LUB OPIEKUNOWIE (JEDNO Z RODZICÓW ORAZ JEDEN OPIEKUN) MAJĄ PRAWO DO:

- 78% ulgi w pociągach PKP i autobusach PKS na trasie z miejsca zamieszkania lub miejsca pobytu do: przedszkola, szkoły, szkoły wyższej, placówki opiekuńczo-wychowawczej, placówki oświatowo-wychowawczej, specjalnego ośrodka szkolno-wychowawczego, specjalnego ośrodka wychowawczego, ośrodka umożliwiającego dzieciom i młodzieży spełnianie obowiązku szkolnego i obowiązku nauki, ośrodka rehabilitacyjno-wychowawczego, domu pomocy społecznej, ośrodka wsparcia, zakładu opieki zdrowotnej, poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym poradni specjalistycznej, a także na turnus rehabilitacyjny i z powrotem (dzieci na podstawie biletów jednorazowych lub miesięcznych imiennych, rodzice lub opiekunowie – biletów jednorazowych).

Korzystający z ulgowych przejazdów są zobowiązani posiadać odpowiedni dokument potwierdzający niepełnosprawność:

1) dla dzieci i młodzieży uczęszczającej do przedszkola, szkoły, szkoły wyższej albo ośrodka lub innej placówki o charakterze oświatowym jest to:

- legitymacja przedszkolna dla dzieci niepełnosprawnych,
- legitymacja szkolna dla uczniów niepełnosprawnych,
- legitymacja szkolna albo studencka wraz z jednym z dokumentów wymienionych poniżej (w pkt. 2);

2) dla dzieci i młodzieży nieuczęszczającej do szkoły (innych placówek z pkt. 1):

- orzeczenie lub wypis z treści orzeczenia lekarza orzecznika lub komisji lekarskiej ZUS, stwierdzające niezdolność do samodzielnej egzystencji, całkowitą albo częściową niezdolność do pracy,
- wypis z treści orzeczenia komisji lekarskiej ds. inwalidztwa i zatrudnienia, stwierdzającego zaliczenie do jednej z grup inwalidzkich,
- legitymacja dokumentująca niepełnosprawność, wystawiona przez uprawniony organ.

UWAGA: Przy przejazdach do jednostek udzielających świadczeń zdrowotnych albo pomocy społecznej bądź organizujących turnusy rehabilitacyjne dodatkowo, oprócz wymienionych dokumentów, wymagane jest zaświadczenie (zawiadomienie) określające:

- miejsce i termin badania, leczenia, konsultacji, zajęć rehabilitacyjnych, zajęć terapeutycznych albo pobytu w ośrodku wsparcia, domu pomocy społecznej lub na turnusie rehabilitacyjnym,
- odpowiednio (w drodze powrotnej)

potwierdzające stawienie się na badaniach, konsultacji, turnusie itp.

3) rodzice lub opiekunowie mogą korzystać z ulgowych przejazdów PKP lub PKS na podstawie wymienionych powyżej, w punktach 1. i 2., dokumentów podopiecznych. Podróżując bez dziecka (po dziecko, po odwiezieniu dziecka), należy mieć zaświadczenie ze szkoły lub innej placówki, a w sytuacjach opisanych – również podane tam zaświadczenia/zawiadomienia.

W INNYCH RELACJACH NIŻ OKREŚLONE POWYŻEJ DZIECI I MŁODZIEŻ NIEPEŁNOSPRAWNA MAJĄ ODPOWIEDNIO PRAWO DO NASTĘPUJĄCYCH ULG:

1. Dzieci do ukończenia czwartego roku życia korzystają z bezpłatnych przejazdów w 2. klasie pociągów PKP oraz w autobusach PKS w komunikacji zwykłej i przyspieszonej (pod warunkiem, że nie zajmują oddzielnego miejsca, tzn. siedzą „na kolanach”) – na podstawie biletów jednorazowych oraz dokumentu stwierdzającego wiek dziecka (np. książeczka zdrowia dziecka). Jeśli dziecko korzysta z oddzielnego miejsca w autobusie PKS, przysługuje mu 78% ulga.

2. Dzieci w wieku powyżej 4 lat do rozpoczęcia odbywania obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego mają prawo do 37% ulgi przy przejazdach pociągami osobowymi, pociągami ekspresowymi oraz w autobusach PKS, w komunikacji zwykłej i przyspieszonej – na podstawie biletów jednorazowych oraz następujących dokumentów:

- dokumentu stwierdzającego wiek dziecka,
- zaświadczenia o odroczeniu spełnienia obowiązku szkolnego, wydanego

przez dyrektora publicznej szkoły podstawowej,

- legitymacji przedszkolnej dla dziecka niepełnosprawnego.

3. Do 49% ulgi w pociągach osobowych i pospiesznych oraz w autobusach PKS w komunikacji zwykłej i przyspieszonej, mają prawo:

- **dzieci w trakcie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego,**
- **dzieci i młodzież, uczęszczająca do szkoły,** nie dłużej niż do ukończenia 24 roku życia,
- **studenci** do ukończenia 26 lat, na podstawie **biletów imiennych miesięcznych.**

Jeśli kupuje się bilet jednorazowy, przysługuje 37% ulga w przypadku przejazdów pociągami osobowymi, pospieszonymi i ekspresowymi. Do ulg uprawnia:

- zaświadczenie o spełnianiu obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego,
- legitymacja szkolna lub studencka wraz z dowodem osobistym albo innym dokumentem umożliwiającym stwierdzenie wieku, jeśli nie jest on określony w legitymacjach.

Powyższe grupy nie mają żadnej ulgi przy zakupie biletów jednorazowych w komunikacji autobusowej.

NIESTOSOWANIE SIĘ DO WYBRANYCH ZNAKÓW DROGOWYCH – KARTA PARKINGOWA

Podstawa prawna:

- *ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym (t.j. Dz. U. z 2005 r., Nr 108, poz. 908 z późn. zm.)*

Osoby niepełnosprawne o obniżonej sprawności ruchowej, kierujące pojazdem samochodowym lub **kierowca przewożący osoby o obniżonej spraw-**

ności ruchowej, jak również **pracownicy placówek** zajmujących się opieką, rehabilitacją lub edukacją niepełnosprawnych pozostających pod opieką tych placówek, mogą nie stosować się do następujących znaków – pod warunkiem zachowania szczególnej ostrożności:

- „zakaz ruchu w obu kierunkach” (B-1),
- „zakaz wjazdu pojazdów silnikowych, z wyjątkiem motocykli jednośladowych” (B-3),
- „zakaz wjazdu autobusów” (B-3a),
- „zakaz wjazdu motocykli” (B-4),
- „zakaz wjazdu motorowerów” (B-10),
- „zakaz postoju” (B-35) – dopuszczalny czas postoju dłuższy niż 1 minuta jest wskazany na znaku albo na umieszczonej pod nim tabliczce,
- „zakaz postoju w dni nieparzyste” (B-37),
- „zakaz postoju w dni parzyste” (B-38),
- „strefa ograniczonego postoju” (B-39).

UWAGA: Aby móc nie stosować się do wymienionych powyżej znaków, osoba niepełnosprawna musi posiadać **kartę parkingową**. Po kartę należy się zgłosić do wydziału transportu urzędu powiatowego, a wydaje ją starosta.

KTO JEST UPRAWNIONY DO OTRZYMANIA KARTY PARKINGOWEJ?

Karta parkingowa to jedyny dokument uprawniający osoby niepełnosprawne do parkowania na „kopertach”.

Karta parkingowa jest dokumentem o standardzie międzynarodowym, który obowiązuje nie tylko na terenie Polski, ale także w krajach Unii Europejskiej. Jednak w poszczególnych krajach członkowskich obowiązują odrębne przepisy wynikające z prawa drogowego dla danego kraju, a co się z tym wiąże, odrębne ulgi i uprawnienia dla niepełnosprawnych.

Zgodnie z nowelizacją ustawy Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2009r Nr 97, poz. 802) kartę parkingową można otrzymać tylko na podstawie orzeczeń wydawanych przez Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności, to jest:

- orzeczenia o niepełnosprawności,
- orzeczenia o stopniu niepełnosprawności,
- orzeczenia o wskazaniach do ulg i uprawnień, wraz ze wskazaniem spełnienia w punkcie 9 orzeczenia przesłanek określonych w art. 8 ust. 1 ustawy Prawo o ruchu drogowym. Osoby zaliczone do lekkiego stopnia niepełnosprawności będą mogły otrzymać kartę parkingową tylko w przypadku ustalenia przyczyny niepełnosprawności oznaczonej symbolem 05-R (upośledzenie narządu ruchu) lub 10-N (choroby neurologiczne).

Opłata za wydanie karty wynosi **25 zł**.

Podobną kartę otrzymują również placówki pomagające niepełnosprawnym.

UWAGA: Karta parkingowa powinna być umieszczona za przednią szybą pojazdu samochodowego w sposób umożliwiający odczytanie jej pierwszej strony – z symbolem wózka inwalidzkiego.

Samochód osoby, która ma prawo nie stosować się do wymienionych znaków, może być oznaczony tzw. emblematem inwalidzkim, ale nie jest to formalny dokument. Pamiętajmy, że naklejenie emblematu to tylko **oznaczenie pojazdu** jako samochodu osoby niepełnosprawnej – do wybranych znaków nie stosujemy się na podstawie karty parkingowej.

ZASADY OBOWIĄZUJĄCE PRZY WSIADANIU I WYSIADANIU

Pojazd przeznaczony konstrukcyjnie do przewozu osób niepełnosprawnych oznacza się z przodu i z tyłu kwadratowymi tablicami barwy niebieskiej, z międzynarodowym symbolem wózka inwalidzkiego barwy białej. Kierujący tym pojazdem jest obowiązany włączyć światła awaryjne podczas wsiadania lub wysiadania osoby niepełnosprawnej. Inni kierowcy, omijając tak oznaczony pojazd i widząc włączone światła awaryjne, obowiązani są w czasie wsiadania lub wysiadania osoby niepełnosprawnej zachować szczególną ostrożność i w razie potrzeby zatrzymać się.

1B. WYDATKI NA CELE REHABILITACYJNE CZYLI ODLICZENIA OD DOCHODU

1. Adaptacja i wyposażenie mieszkań oraz budynków mieszkalnych stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności.

Mieszczą się tu wydatki m.in. na likwidację barier architektonicznych, budowę podjazdów dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich, poszerzenie drzwi, likwidację progów, wyburzenie ścian działowych, założenie okien zamkniętych z niskiego poziomu, położenie terakoty antypoślizgowej, likwidację wanny i założenie brodzika ze specjalnym siedziskiem dla osób niesprawnych ruchowo, założenie „wiszącego” sedesu oraz umywalki „bez nóg” (umożliwiających swobodne podjechanie wózkami), także umywalki sterowanej ręcznie lub automatycznie, montaż wszelkiego rodzaju uchwytów, specjalnych baterii dla osób z niesprawnymi dłońmi, montaż opuszczanych szafek i blatu kuchennego z możliwością pod-

jechania wózkami, montaż drzwi przesuwanych itd. Możemy również odliczyć koszty prac związanych z adaptacją. Na przykład jeśli musieliśmy wyburzyć ściany w łazience i zniszczyliśmy glazurę, koszty położenia nowej możemy odliczyć. Jednak jeśli glazurę kładziemy z własnej inicjatywy, bo nie podoba się nam kolor starej, to już nie!

2. Przystosowanie pojazdów mechanicznych do potrzeb wynikających z niepełnosprawności. Dotyczy to tzw. oprzyrządowania, a nie zakupu samochodu lub części do niego. Mieści się tu również zabezpieczenie progów samochodu przed zniszczeniem przez wózek czy montaż bagażnika na wózek.

3. Zakup i naprawa 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). Są to: wszelkiego rodzaju przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny, a więc wózki i części do nich, opony, kule, protezy, obuwie ortopedyczne, aparaty słuchowe, okulary, laski, chodniki, rotor, materace i poduszki przeciwoleżynowe, chwytaki itp., także urządzenia ułatwiające komunikowanie się (np. telefony dla niewidomych, dla osób mających trudności z przemieszczaniem się). Trudno wymienić wszystkie rzeczy, które mogłyby znaleźć się na tej liście, zresztą nie ma takiej potrzeby. Zasadą podstawową jest związek pomiędzy przedmiotem/sprzętem a określoną, konkretną niesprawnością. Zakup tego samego przedmiotu w jednym przypadku będzie uzasadnio-

ny (np. telefaks dla osób niesłyszących, dyktafon dla niewidomych), w innym może być zakwestionowany. Jeśli urządzenie nie ma związku z konkretnym schorzeniem, to urząd skarbowy może zakwestionować celowość tego odliczenia. Od 2004 r. wyraźnie wykluczono możliwość odliczenia wydatków na zakup sprzętu gospodarstwa domowego.

4. Zakup wydawnictw i materiałów szkoleniowych, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności: książki, broszury, kasety audio, wideo dotyczące np. metod usprawniania, prasa dla osób niepełnosprawnych.

5. Odpłatność za pobyt na turnusie rehabilitacyjnym.

6. 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.

7. Opłacenie przewodników osób niewidomych, zaliczonych do I lub II grupy inwalidztwa, oraz osób z niepełnosprawnością narządu ruchu, zaliczonych do I grupy inwalidztwa, w kwocie nieprzekraczającej 2280 zł.

8. Utrzymanie przez osoby niewidome, o których mowa w punkcie 7., psa przewodnika, w kwocie nieprzekraczającej 2280 zł.

9. Opieka pielęgniarska w domu nad osobą niepełnosprawną w okresie przewlekłej choroby uniemożliwiającej poruszanie się oraz usługi opiekuńcze, świad-

zione dla osób niepełnosprawnych, zaliczonych do I grupy inwalidztwa.

10. Opłacenie tłumacza języka migowego.

11. Kolonie i obozy dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz dzieci osób niepełnosprawnych, które nie ukończyły 25 roku życia.

12. Leki – w wysokości stanowiącej nadwyżkę ponad kwotę 100 zł miesięcznie, jeżeli lekarz specjalista stwierdzi, że osoba niepełnosprawna powinna stosować określone leki stale lub czasowo. Odliczyć można m.in. maści przeciwdrożdżynowe dla osób długotrwale unieruchomionych. Jeśli np. w lipcu, w związku z naszym schorzeniem/niepełnosprawnością (ale nie np. grypą), wydaliśmy na leki 150 zł, to odliczamy 50 zł (150 zł minus 100 zł). Jeśli w sierpniu wydaliśmy 80 zł, to nie odliczamy za ten miesiąc żadnej kwoty.

UWAGA: Musimy posiadać zaświadczenie lekarza specjalisty o konieczności stosowania konkretnych leków związanych z daną niesprawnością. Ulga przysługuje tylko osobom niepełnosprawnym i nie mogą z niej korzystać np. osoby starsze lub chore, jeśli nie mają orzeczenia o niepełnosprawności.

13. Odpłatny, konieczny przewóz na niezbędne zabiegi leczniczo-rehabilitacyjne:

- osoby niepełnosprawnej – karetką transportu sanitarnego,
- osoby niepełnosprawnej zaliczonej do I lub II grupy inwalidztwa oraz dzieci niepełnosprawnych do lat 16 – również innymi środkami transportu.

14. Używanie samochodu osobowego, stanowiącego własność (współ-własność) 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 do lat 16, **w celu koniecznego przewozu na niezbędne zabiegi leczniczo-rehabilitacyjne**, w kwocie nieprzekraczającej 2280 zł.

UWAGA: Pomimo tego że nie wynika to jasno z przepisów, można spotkać się z żądaniem urzędu skarbowego przedstawienia dokumentów poświadczających korzystanie z zabiegów leczniczo-rehabilitacyjnych.

15. Odpłatne przejazdy środkami transportu publicznego, związane z pobytem:

- na turnusie rehabilitacyjnym, w zakładach, o których mowa w pkt. 6,
- na koloniach i obozach dla dzieci i młodzieży, o których mowa w pkt. 11.

W przypadku odpłatnych przejazdów transportem publicznym należy zachować bilety!

Wymagane dokumenty

Aby odliczyć wymienione wyżej wydatki, musimy posiadać rachunki. Na przykład w przypadku prac adaptacyjno-remontowych konieczne są faktury wystawiane przez płatnika VAT. Nie dotyczy to wydatków określonych w punktach: **7.**, **8.** i **14.** Tu przyjęto rozwiązanie bez rachunków. Nie oznacza to jednak, że obowiązuje zupełna dowolność, więc np., jeśli osoba niewidoma nie posiada psa (pkt 8.) albo nie-

pełnosprawny nie ma samochodu (pkt. 14.), to oczywiście nie może odliczać tych kwot.

Wydatki na cele rehabilitacyjne można odliczyć, jeżeli nie były finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), zakładowego funduszu rehabilitacji, Narodowego Funduszu Zdrowia, zakładowego funduszu świadczeń socjalnych albo nie zwrócono ich podatnikowi w jakiegokolwiek innej formie. W przypadku, gdy wydatki były częściowo finansowane z tych źródeł, odlicza się różnicę pomiędzy poniesionymi wydatkami a kwotą dofinansowania.

Odliczamy więc tylko te wydatki, które sami pokryliśmy.

Przykład I:

Koszt turnusu rehabilitacyjnego wyniósł 1700 zł, z tego 500 zł pokryło Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie. 1200 zł zapłaciliśmy z własnej kieszeni – odliczamy wtedy tylko te 1200 zł.

Przykład II:

Otrzymaliśmy wózek ze stowarzyszenia – nie odliczamy nic. Inaczej jest, jeśli częściowe koszty zakupu wózka pokrywa Narodowy Fundusz Zdrowia. Wysokiej jakości wózek aktywny kosztuje np. 5000 zł, z czego NFZ pokrył 1500 zł. Dostaliśmy jeszcze dofinansowanie z PFRON w wysokości 2250 zł. Sami musieliśmy dołożyć 1250 zł – i jest to właśnie kwota, którą możemy odliczyć.

UWAGA: Przypominamy, że wydatki na cele rehabilitacyjne odliczamy od dochodu przed opodatkowaniem, a nie od kwoty podatku.

1B. WYDATKI NA CELE REHABILITACYJNE CZYLI ODLICZENIA OD DOCHODU

Kto może odliczać wydatki na cele rehabilitacyjne?

W zależności od tego kto poniósł wydatki, może to być:

- osoba niepełnosprawna albo
 - podatnik, na którego utrzymaniu jest osoba niepełnosprawna, jeżeli w roku podatkowym dochód osoby niepełnosprawnej nie przekroczył kwoty 9120 zł (w całym roku kalendarzowym). Przepisy zaliczają do tych podatników: współmałżonka, dzieci własne, przysposobione oraz dzieci przyjęte na wychowanie, pasierbów, rodziców, rodziców współmałżonka, rodzeństwo, ojczyma, macochę, zięcia i synową.
- Rachunki muszą być wystawione na osobę, która będzie odliczała ten wydatek.**

Przykład:

Syn uległ wypadkowi i otrzymuje najniższą rentę z tytułu całkowitej niezdolności do pracy. W całym roku jego dochód nie przekroczył 9120 zł. Ojciec może odliczyć wydatki na wózek, poduszkę przeciwoleżynową itp., ale rachunki muszą być wystawione na ojca.

Osoba, której dotyczy dany wydatek, musi posiadać jeden z dokumentów:

- orzeczenie o zakwalifikowaniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności (wcześniej było to odpowiednio orzeczenie zaliczające do I, II albo III grupy inwalidztwa),
- decyzję przyznającą rentę z tytułu całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, rentę szkoleniową albo rentę socjalną,

- orzeczenie o niepełnosprawności dziecka do 16 roku życia.

Jeśli w opracowaniu mowa jest o I lub II grupie inwalidztwa, należy przez to rozumieć osoby posiadające orzeczenie:

- o znacznym stopniu niepełnosprawności lub o całkowitej niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji albo o zaliczeniu do I grupy inwalidztwa,
- o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub całkowitej niezdolności do pracy albo o zaliczeniu do II grupy inwalidztwa.

Informacje o zasadach określania stopnia niepełnosprawności, niezdolności do pracy czy samodzielnej egzystencji można znaleźć w opracowaniu z serii „Poznaj Swoje Prawa”, pt.: „Niepełnosprawni – orzecznictwo rentowe i pozarentowe”.

5. Opieka długoterminowa - ogólne informacje dla pacjentów

W ramach ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ pacjent może korzystać z wymienionych niżej usług w zakresie opieki długoterminowej:

1. Opieka paliatywna/hospicyjna, realizowana w:

- hospicjach stacjonarnych,
- hospicjach domowych,
- poradniach medycyny paliatywnej,
- na oddziałach medycyny paliatywnej,
- na oddziałach dla przewlekłych chorych.

Warunkiem objęcia chorego opieką paliatywną jest:

- udokumentowane zakończenie leczenia przyczynowego przez lekarza prowadzącego,

- rozpoznanie lekarskie terminalnej fazy choroby przez lekarza hospicjum,
- potrzeby chorego w zakresie opieki paliatywnej,
- zgoda pacjenta lub jego rodziny na objęcie opieką paliatywną wyrażona na piśmie; w przypadku dzieci przez rodziców/opiekunów prawnych, a po 16 roku życia, także przez chore dziecko.

System kierowania

Do hospicjum stacjonarnego kieruje lekarz ubezpieczenia zdrowotnego.

Do hospicjum domowego, oprócz lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego, w sytuacjach uzasadnionych względami medycznymi, pacjenci mogą być zgłaszani (na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego) przez:

- samych siebie (proponujemy: osobiście),
- innych pracowników opieki zdrowotnej,
- rodzinę chorego,
- inne osoby.

Do poradni medycyny paliatywnej skierowania się nie wymaga.

Każdy zgłoszony pacjent w terminalnej fazie choroby musi być objęty opieką lub należy mu wskazać inny, właściwy ze względu na jego stan zdrowia lub miejsce zamieszkania, zakład opieki zdrowotnej.

W uzasadnionych przypadkach pacjent może być kierowany na leczenie szpitalne. Lekarz kierujący zobowiązany jest wskazać pacjentowi szpitale, w których może być kontynuowane leczenie. Na oddziale dla przewlekle chorych udzielane są całodobowe świadczenia zdrowotne, obejmujące swoim zakresem kontynuację leczenia, pielęgnację i rehabilitację osób po przebytych leczeniu na oddziałach opieki krótkotermino-

wej. Pacjent do oddziału dla przewlekle chorych kierowany jest bezpośrednio przez lekarza prowadzącego z oddziału opieki krótkoterminowej. Średni czas pobytu na oddziale dla przewlekle chorych wynosi 30 dni. W uzasadnionych przypadkach kontynuacja opieki może odbywać się w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub pielęgnacyjno-opiekuńczym.

2. Stacjonarna opieka długoterminowa, realizowana w:

- zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL),
 - zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO),
- gdzie udziela się całodobowych świadczeń, obejmujących swoim zakresem leczenie, pielęgnację, opiekę i rehabilitację, oraz zapewnia się kontynuację leczenia farmakologicznego.

System kierowania

Podstawą skierowania pacjenta do ZOL/ZPO jest wniosek lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej lub lekarza prowadzącego pacjenta z oddziału szpitalnego po zakończonym leczeniu w warunkach szpitalnych wraz z oceną stanu zdrowia w skali Barthel.

Sposób i tryb kierowania do zakładów **publicznych** określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach (Dz. U. z 2008 r., Nr 166, poz. 1265). Skierowanie w drodze decyzji wydaje organ, który utworzył publiczny zakład.

W **niepublicznych** zakładach decyzję o przyjęciu wydaje dyrektor w porozumieniu z lekarzem zakładu, na podstawie dokumentacji określonej w wyżej wymienionym rozporządzeniu. Przyjęcie w takim przypadku wymaga potwierdzenia płaтника.

3. Domowa opieka nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie

Jest to opieka nad obłożnie chorymi z niewydolnością oddechową, wymagającymi stosowania ciągłej terapii oddechowej za pomocą respiratora, lecz nie wymagających hospitalizacji na oddziałach intensywnej terapii.

System kierowania

Podstawą do objęcia opieką jest skierowanie lekarza prowadzącego pacjenta na oddziale szpitalnym, do którego należy dotrzeć:

- kartę informacyjną leczenia szpitalnego,
- wyniki badań,
- kwalifikacje lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii.

4. Pielęgniarska opieka długoterminowa

Jest to opieka nad obłożnie i przewlekle chorymi przebywającymi w domu, którzy ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają udzielania systematycznych świadczeń pielęgniarskich.

System kierowania

Warunkiem objęcia chorego pielęgniarską opieką długoterminową jest:

- wniosek lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej lub lekarza prowadzącego pacjenta z oddziału szpitalnego, po zakończonym procesie leczenia w warunkach szpitalnych,

- zgoda pacjenta wyrażona na piśmie,
- kwalifikacja pielęgniarska do objęcia opieką przez pielęgniarkę opieki długoterminowej,
- konieczność wykonania przynajmniej jednego z wymienionych świadczeń.

6. Zasiłki i świadczenia z pomocy społecznej

Kto i kiedy może otrzymać zasiłek z pomocy społecznej?

Podstawa prawna:

- ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2009 r., Nr 175, poz. 1362 z późn. zm.)

Ustawa o pomocy społecznej określa rodzaje zasiłków, kryterium dochodowe, wysokości świadczeń i zasady ich waloryzowania. System zasiłków oparty jest na trzech podstawowych rodzajach zasiłków: zasiłku stałym, okresowym i celowym. Osoba, która chce otrzymać pomoc w formie zasiłku, powinna zgłosić się do ośrodka pomocy społecznej (OPS) w miejscu zamieszkania.

Pomoc społeczna ma na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężenie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości.

Pomoc (szczególnie pomoc finansowa) adresowana jest do osób o **najniższych dochodach**. Mogą ją uzyskać osoby, których dochody nie są większe niż 477 zł (osoba samotnie gospodarująca) lub 351 zł (na osobę w rodzinie).

Zasiłki z pomocy społecznej nie są jedynym systemem pomocy dla osób ubogich. System **świadczeń rodzinnych** jest wsparciem dla rodzin gorzej sytuowanych w wychowaniu dziecka (dzieci) oraz w sytuacji, kiedy w rodzinie

znajduje się osoba niepełnosprawna, wymagająca opieki i pomocy. Jego charakter jest mniej selektywny niż systemu świadczeń z pomocy społecznej, o czym świadczą chociażby wyższe kryteria dochodowe, określające uprawnienia do świadczeń rodzinnych. **Dodatki mieszkaniowe** to pomoc dla osób mających trudności w utrzymaniu mieszkania (w opłaceniu czynszu, ponoszeniu opłat za energię itp.). **Stypendia socjalne** mają wyrównać szanse edukacyjne dzieci z rodzin o niższych dochodach, a **pomoc w formie posiłków** zapewniona powinna być osobom ich pozbawionym (szczególnie dzieciom i uczniom). Wszystkie te formy pomocy kierują się zasadą, że wsparcie otrzymują osoby rodziny o niskich dochodach (jeśli nie przekraczają określonych progów dochodowych). Pomoc zwykle organizowana jest przez gminy, a jej zasady zebrane w specjalnych ustawach: *ustawie z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych* (t.j. Dz. U. z 2006 r., Nr 139, poz. 992 z późn. zm.), *ustawie z dnia 21 czerwca 2001 r. o dodatkach mieszkaniowych* (Dz. U. z 2001 r., Nr 71, poz. 734 z późn. zm.), *ustawie z dnia 29 grudnia 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Pomoc państwa w zakresie dożywiania”* (Dz. U. z 2005 r., Nr 267, poz. 2259 z późn. zm.), *stypendia* – w *ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty* (t.j. Dz. U. z 2004 r., Nr 256, poz. 2572 z późn. zm.).

Poniżej przedstawiono zasiłki z ustawy o pomocy społecznej (**wybrane, najważniejsze świadczenia pieniężne**). Ustawa opisuje również inne, niepieniężne formy pomocy (świadczenia niepieniężne).

Należy tu wymienić:

- pracę socjalną,
- opłacanie składek na ubezpieczenie,
- pomoc rzeczową,
- udzielanie schronienia, zapewnienie ubrania, posiłku,
- poradnictwo specjalistyczne,
- interwencję kryzysową,
- świadczenie usług opiekuńczych.

Kiedy można otrzymać zasiłek?

O pomoc finansową mogą starać się osoby, które spełniają warunki określone w ustawie o pomocy społecznej.

1. Pierwszy, podstawowy warunek dla wszystkich zasiłków – trudna sytuacja życiowa.

Osoba lub rodzina ubiegająca się o pomoc musi znajdować się w trudnej sytuacji życiowej, związanej w szczególności z: sieroctwem, bezdomnością, bezrobociem, niepełnosprawnością, długotrwałą chorobą, problemami rodzin wielodzietnych, trudnościami w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, zdarzeniem losowym, klęską żywiołową lub ekologiczną. Ustawa wylicza więcej takich sytuacji – tu podajemy tylko wybrane. Wyliczenie z ustawy nie jest zamkniętym katalogiem sytuacji, w których musi znaleźć się osoba ubiegająca się o pomoc. Oznacza to, że jako „trudna sytuacja życiowa”, uprawniająca do pomocy, może zostać uznana inna, niewymieniona w ustawie sytuacja.

2. Drugi warunek – trudna sytuacja finansowa.

Miesięczny dochód osoby lub rodziny ubiegającej się o pomoc nie może być większy od kwoty określonej w ustawie o pomocy społecznej, czyli od tzw. kryterium dochodowego.

UWAGA: Należy pamiętać o tym, że oba wymienione warunki muszą być spełnione jednocześnie.

ZASIŁEK STAŁY.

Zasiłek stały przysługuje:

- 1) pełnoletniej osobie samotnie gospodarującej, niezdolnej do pracy z powodu wieku lub niepełnosprawności, jeżeli jej dochód,
- 2) Rodzinie, której dochód jest niższy od kryterium dochodowego rodziny (351 zł. na osobę w rodzinie).

Całkowita niezdolność do pracy oznacza:

- całkowitą niezdolność do pracy w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (orzeczenie lekarza orzecznika/komisji ZUS o całkowitej niezdolności do pracy lub/oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji), albo
- zaliczenie do I lub II grupy inwalidzkiej lub
- znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności (odpowiednie orzeczenie zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności).

Osoba niezdolna do pracy z tytułu wieku to osoba, która ukończyła 60 lat (kobietą) lub 65 lat (mężczyzną).

Zasiłek stały nie przysługuje osobie uprawnionej do renty socjalnej (do renty takiej uprawniona jest zwykle osoba, której niepełnosprawność powstała w młodym wieku, np. w trakcie nauki w szkole, i która z tego powodu nie była w stanie nabyć innych uprawnień, np. do renty z tytułu niezdolności do pracy. Zasiłek nie przysługuje też, jeśli osoba uprawniona jest do świadczenia pielęgnacyjnego.

Maksymalna kwota zasiłku stałego wy-

nosi 444 zł, zaś minimalna – 30 zł. Zasiłek wypłacany jest w wysokości różnicy między kryterium dochodowym a dochodem osoby (lub na osobę w rodzinie). Blżej wyjaśniają to poniższe przykłady.

Przykład 1.:

Jedynym dochodem samotnej osoby niepełnosprawnej, całkowicie niezdolnej do pracy, jest zasiłek pielęgnacyjny w wysokości 153 zł miesięcznie. Kryterium dochodowe dla osoby samotnie gospodarującej wynosi 477 zł. Różnica wynosi: $477 - 153 = 324$ zł. Kwota zasiłku stałego w przypadku tej osoby została ustalona na 324 zł.

Przykład 2.:

W rodzinie jest osoba niezdolna do pracy z powodu wieku. Po zliczeniu miesięcznych dochodów tej rodziny okazało się, że na jedną osobę w rodzinie przypada 200 zł. Kryterium dochodowe na osobę w rodzinie wynosi 351 zł. Różnica wynosi: $351 - 200 = 151$ zł. Kwota zasiłku stałego w tym przypadku została ustalona na 151 zł.

Zasiłek celowy

Wypłacany jest w celu zaspokojenia niezbędnej (konkretnej) potrzeby bytowej. Zasiłek może być przeznaczony na/ może pokryć:

- koszty zakupu żywności, leków, leczenia,
- kupno opału, odzieży, niezbędnych przedmiotów użytku domowego,
- drobne remonty i naprawy w mieszkaniu,
- koszty pogrzebu,
- bilet kredytowy.

Zasiłek może być również przyznany osobie lub rodzinie, która poniosła straty w wyniku:

- zdarzenia losowego,

- kłęski żywiółowej lub ekologicznej.

W tych przypadkach pomoc może być przyznana niezależnie od dochodu i nie podlegać zwrotowi. Sytuacja, w której dokonuje się zwrotu pomocy, dotyczy osób lub rodzin przekraczających kryterium dochodowe (piszemy o tym poniżej).

Pomoc dla osób lub rodzin przekraczających kryterium dochodowe

Specjalny zasiłek celowy może być przyznany w szczególnie uzasadnionych przypadkach osobie albo rodzinie o dochodach przekraczających kryterium dochodowe. Pomoc nie podlega zwrotowi, jeśli wysokość pomocy (wartość) nie przekroczy odpowiedniego kryterium dochodowego. W szczególnie uzasadnionych przypadkach osobie albo rodzinie o dochodach przekraczających kryterium dochodowe może być również przyznany zasiłek okresowy, zasiłek celowy lub pomoc rzeczowa, pod warunkiem zwrotu części lub całości kwoty zasiłku lub wydatków na pomoc rzeczową.

USŁUGI OPIEKUŃCZE

Kto korzysta z usług opiekuńczych?

Podstawa prawna:

- ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t. j. Dz. U. z 2009 r., Nr 175, poz. 1362 z późn. zm.),
- uchwały rady gminy bądź rady miasta, określające szczegółowe zasady przyznawania i odpłatności za usługi opiekuńcze (usługi opiekuńcze oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze, z wyłączeniem specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, są zadaniem własnym gmin, stąd regulują je także przepisy lokalne),

- rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. z 2005 r., Nr 189, poz. 1598 z późn. zm.) – rozporządzenie dotyczy wyłącznie usług specjalistycznych.

Samotni i niepełnosprawni

Ustawa o pomocy społecznej wskazuje, że pomoc w formie usług przysługuje osobom samotnym, które z powodu wieku, choroby, niepełnosprawności lub innej przyczyny wymagają pomocy drugich osób, a są jej pozbawione. Usługi opiekuńcze mogą być przyznane również osobom, które wymagają pomocy innych osób, a rodzina nie może takiej pomocy zapewnić. Usługi świadczone są w mieszkaniu osoby, która potrzebuje pomocy lub w ośrodkach wsparcia, takich jak środowiskowe domy samopomocy, kluby samopomocy, dzienne domy pomocy.

CO OBEJMUJĄ USŁUGI OPIEKUŃCZE?

Usługi opiekuńcze mogą obejmować:

- pomoc w codziennych zajęciach, takich jak robienie zakupów, sprzątnięcie, gotowanie, załatwianie spraw w urzędach itp.,
- mycie, kąpanie, ubieranie, pomoc osobom chorym, dozowanie leków, prześcietanie łóżka, zapobieganie powstawaniu odleżyn i odparzeń, karmienie,
- w miarę możliwości zapewnienie kontaktów z rodziną i otoczeniem,
- specjalistyczne usługi opiekuńcze, np. pielęgnacja wspierająca proces leczenia, rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu zgodnie z zaleceniami lekarskimi lub zaleceniami specjalisty z zakresu reha-

bilitacji ruchowej bądź fizjoterapii. Jest to szczególny rodzaj usług dostosowanych do rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności. Są one świadczone przez specjalistów, np. pielęgniarki, rehabilitantów, fizjoterapeutów.

Organizacja usług opiekuńczych

O pomoc w formie usług opiekuńczych (także specjalistycznych usług opiekuńczych) należy zwrócić się do ośrodka pomocy społecznej (OPS) w miejscu zamieszkania. Osobista wizyta w ośrodku nie zawsze jest konieczna. Można skontaktować się telefonicznie lub wysłać list. Wymagane jest zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia, uzasadniające korzystanie z usług opiekuńczych i zaleconą przez lekarza pielęgnację. Po zgłoszeniu, w przeciągu dwóch tygodni, pracownik socjalny z OPS odwiedza osobę oczekującą pomocy w jej mieszkaniu i przeprowadza tzw. rodzinny wywiad środowiskowy, którego celem jest ocena sytuacji życiowej podopiecznego. Od wyników wywiadu zależy m.in. ustalenie wysokości ewentualnej odpłatności za usługi. Ośrodek pomocy społecznej musi w ciągu 30 dni od otrzymania zgłoszenia zapotrzebowania na usługi wydać decyzję administracyjną (na piśmie) o przyznaniu – bądź nie – tej formy pomocy.

Ośrodki Pomocy Społecznej organizują usługi we współpracy z wyspecjalizowanymi w tym zakresie organizacjami pozarządowymi lub firmami prywatnymi. Z nimi także można kontaktować się w sprawie usług.

ILE PŁACIMY ZA USŁUGI?

Wysokość opłat lub z nich zwolnienie zależy od:

- **miejscza zamieszkania** – szczegółowe zasady odpłatności, jak już wspomniano

powyżej, uchwalają władze gminy dlatego zdarza się, że dwie osoby mieszkające w różnych gminach mogą zapłacić różne sumy za taką samą usługę. W celu uregulowania zasad udzielania i odpłatności za usługi, gmina podejmuje uchwałę, która powinna być udostępniona np. w sekretariacie lub dziale usług opiekuńczych ośrodka pomocy społecznej. Powinno być możliwe także znalezienie jej w internetowym Biuletynie Informacji Publicznej (<http://www.bip.gov.pl>), na tzw. podmiotowej stronie danej gminy lub na innej stronie internetowej, administrowanej przez gminę. Uchwały te są też zazwyczaj umieszczane na stronach internetowych ośrodków pomocy społecznej.

- **dochodu netto** – w ustawie o pomocy społecznej zapisana jest podstawowa zasada mówiąca, że *"Wydatki na usługi, pomoc rzeczową, zasiłki na ekonomiczne usamodzielnienie, zasiłki okresowe i zasiłki celowe przyznane pod warunkiem zwrotu podlegają zwrotowi w części lub całości, jeżeli dochód na osobę w rodzinie osoby zobowiązanej do zwrotu wydatków przekracza kwotę kryterium dochodowego (art. 96, ust. 2 ustawy o pomocy społecznej – podkr. red.)"*.

Jeśli więc nie przekraczamy kryterium dochodowego, które od 1 października 2006 r. wynosi 351 zł na osobę w rodzinie, za usługi nie płacimy. Dla osoby samotnie gospodarującej kryterium to wynosi 477 zł. W przypadku przekroczenia ponosimy częściową odpłatność, tym większą im większe przekroczenie (aż do 100% ceny danej usługi). Kryterium z 2006 r. jest nadal aktualne (tzn. nie zostało zmienione w latach 2007-2012).

- **rodzaju i miejsca świadczenia usług** – wysokość ponoszonych opłat zależy od dochodu na osobę w rodzinie, od tego czy,

i o ile przekroczymy tzw. kryterium dochodowe, określone w ustawie o pomocy społecznej. Osoby, których dochód nie przekracza ustawowo określonego kryterium, mają usługi świadczone bezpłatnie. Dla pozostałych osób wysokość odpłatności będzie uzależniona także od tego, czy usługi wykonywane są w miejscu zamieszkania danej osoby czy w domach dziennego pobytu, oraz czy ich zakres jest standardowy, czy ponadstandardowy.

• **sytuacji osób ubiegających się o wsparcie** – szczególna sytuacja życiowa osoby korzystającej z pomocy może być powodem częściowego lub całkowitego zwolnienia z opłat za usługi (mimo przekroczenia kryterium dochodowego, o którym pisaliśmy powyżej). Powodem zwolnienia w uzasadnionych sytuacjach, gdy ponoszenie opłat za świadczone usługi stanowiłoby nadmierne obciążenie, będą np.: udokumentowane wydatki na zakup lekarstw, artykułów sanitarnych, opłaty za leczenie, stosowanie specjalistycznej diety, zakup sprzętu rehabilitacyjnego, inne uzasadnione sytuacje życiowe i losowe.

Ośrodek pomocy społecznej może przeprowadzić rodzinny wywiad środowiskowy u najbliższej rodziny osoby ubiegającej się o usługi. Wywiad ten ma na celu ustalenie, czy rodzina ta udziela pomocy. OPS może ustalić z rodziną wysokość wsparcia finansowego, jaką będzie ona świadczyć. Pamiętajmy, że ośrodek pomocy społecznej często będzie kierował się zasadą, iż osoba wymagająca opieki i pomocy w pierwszej kolejności powinna oczekiwać jej od najbliższych.

Kiedy i u kogo wywiad środowiskowy na pewno zostanie przeprowadzony, a kiedy może zostać przeprowadzony, ale nie musi?

Jeśli ubiegamy się o pomoc w formie usług opiekuńczych, z rodzinnym wywiadem środowiskowym możemy mieć do czynienia w dwóch sytuacjach. **Wywiad środowiskowy musi być przeprowadzony w każdej sytuacji, gdy osoba zwraca się o pomoc do Ośrodka Pomocy Społecznej.** Będzie on wtedy przeprowadzony w naszym mieszkaniu, w celu określenia sytuacji materialnej i osobistej (w powiązaniu z sytuacją osób wspólnie z nami zamieszkającymi i wspólnie gospodarującymi). W trakcie wywiadu pracownik socjalny może pytać nas o zgromadzone oszczędności, a także wartość posiadanych nieruchomości i nieruchomości. Odmowa udzielenia informacji może spowodować, że OPS nie przyzna pomocy. **Wywiad może, ale nie musi zostać przeprowadzony również u naszej najbliższej rodziny, niemieszkaćcej z nami.** Z tą sytuacją mamy do czynienia, kiedy OPS, decydujący o udzieleniu nam wsparcia, szuka osób, które powinny nam pomóc (mają takie możliwości), a nie pomagają. Ośrodek może więc badać sytuację majątkową i osobistą rodziny/najbliższych (nawet jeśli z nami nie mieszkają), starając się ustalić, czy rodzina jest w stanie nas wesprzeć (pomagać osobiście lub uczestniczyć w kosztach usług opiekuńczych). Źródła (na podstawie informacji zawartych na stronach internetowych):

- www.zus.pl,
- www.pomocspoleczna.ngo.pl,
- www.mpips.gov.pl,
- www.nfz.pl.

*f*undacja POLSKA MIEDŹ

Jednym z filarów społecznej odpowiedzialności biznesu w KGHM Polska Miedź S.A. jest działalność dobroczynna realizowana przez powołaną w 2003 roku Fundację Polska Miedź, która jest organizacją pożytku publicznego.

Inicjatywa powołania Fundacji wynikała z polityki KGHM Polska Miedź S.A. wobec potrzeb społeczeństwa. Jej utworzenie stanowiło kontynuację prospołecznej polityki KGHM, bowiem od początków istnienia przemysłu miedziowego na Dolnym Śląsku z wypracowanych środków wspierane były rozmaite projekty regionalne, jak i krajowe. Fundacja Polska Miedź kontynuuje te dobroczynne i charytatywne działania.

Fundacja Polska Miedź przekazuje swoje darowizny z przeznaczeniem m.in.: na ochronę i promocję zdrowia; działania na rzecz osób niepełnosprawnych; na naukę, edukację, oświatę i wychowanie; krajoznawstwo oraz wypoczynek dzieci i młodzieży; kulturę, sztukę; ochronę dóbr kultury i tradycji; upowszechnianie kultury fizycznej i sportu; ekologię i ochronę zwierząt oraz ochronę dziedzictwa przyrodniczego; porządek i bezpieczeństwo publiczne oraz na przeciwdziałanie patologiom społecznym; na działalność charytatywną; pomoc ofiarom katastrof i klęsk żywiołowych.

WAŻNE

- Do lekarza onkologa nie musimy mieć skierowania, natomiast do poradni specjalistycznych już tak (np. do chirurga).
- O świadczenia do ZUS-u występujemy na wniosek własny (oprócz zasiłku chorobowego – tu lekarz wystawia druk ZUS ZLA).
- Jeśli stracimy ubezpieczenie zdrowotne, możemy wystąpić o ubezpieczenie do zakładu pracy współmałżonka lub zarejestrować się w powiatowym urzędzie pracy bądź wystąpić z wnioskiem do ośrodka pomocy społecznej o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym na 90 dni (w razie konieczności jest ono przedłużane).
- Wszelka pomoc w miejscu zamieszkania jest realizowana przez ośrodki pomocy społecznej, do których zwracamy się z wnioskiem (zasiłki, usługi opiekuńcze, pomoc w kryzysie).
- Lekarz rodzinny może wypisać skierowanie do pielęgniarki środowiskowej jak również na badania.

Szanowni Państwo,

Z wielkim zadowoleniem powitałem powstanie Przewodnika dla pacjentów onkologicznych z zakresu pomocy społecznej. Jest on zbiorem wiedzy i doświadczeń zespołu pracowników socjalnych Wielkopolskiego Centrum Onkologii. Nie jest on li tylko kompendium ustaw i przepisów dotyczących orzecznictwa rentowego i poza rentowego ale zbiorem praktycznych wskazówek dla pacjentów i personelu medycznego zagubionych w gąszczu specjalistycznego języka aktów prawnych i własnych emocji.

Choroba nowotworowa stanowi poważne wyzwanie dla samego chorego, także dla interdyscyplinarnego zespołu, w którego skład wchodzi również bezpośrednio pracownicy socjalni zatrudnieni w placówkach leczenia zamkniętego oraz pośrednio w instytucjach pomocy społecznej. Opieka socjalna jest odpowiedzią na potrzeby pacjentów związane z ich sytuacją ekonomiczną, często pogarszającą się w trakcie leczenia, z ich poczuciem bezpieczeństwa zaburzonym samym rozpoznaniem choroby nowotworowej. Jestem przekonany, że pomoc Wydawnictwa w stworzeniu Przewodnika pomoże pacjentom i ich rodzinom w niełatwej sytuacji choroby onkologicznej.

Prof. UM dr n. med. Andrzej Roszak
Ordynator Oddziału Radioterapii
i Onkologii Ginekologicznej
Wielkopolskiego Centrum Onkologii

SFINANSOWANE DZIĘKI:

 fundacja
POLSKA MIEDŹ

Patron honorowy:

 Polskie Towarzystwo
Onkologii Klinicznej

Organizator:

fundacja tam 
 i z powrotem

Patronat medialny:

 plus
radio

Wydawca:


PRIMOPRO

 TVP WARSZAWA

 TVP POZNAŃ

 TVP WROCLAW