

INFORMATOR

Usługi i świadczenia w ramach opieki długoterminowej



Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

-  ul. Zamkowa 17, 63-500 Ostrzeszów
-  tel. 62 732 07 50, 62 732 07 54
-  e-mail: koordynatoropieki@pcprostrzeszow.pl
-  strona internetowa: <https://pcprostrzeszow.pl>

WAŻNA INFORMACJA DLA MIESZKAŃCÓW

Niniejszy informator przedstawia ustawowe świadczenia i usługi w zakresie opieki długoterminowej, realizowane w obszarze opieki zdrowotnej, pomocy społecznej oraz zabezpieczenia społecznego, zgodnie z ustawą z dnia 11 czerwca 2026 r. o osobach starszych i koordynacji opieki długoterminowej.

Informator ma na celu przybliżenie mieszkańcom dostępnych form wsparcia oraz wskazanie, na czym polegają poszczególne świadczenia i usługi, komu przysługują, oraz która instytucja jest właściwa do ich realizacji.

Należy mieć na uwadze, że nie każda z opisanych form wsparcia jest realizowana na terenie każdej gminy czy powiatu np. ze względu na ograniczenia lokalne czy brak wyspecjalizowanych placówek na terenie powiatu. Dostępność konkretnej usługi zależy od jej realnego wdrożenia przez właściwą instytucję realizującą zadanie.

Informator ma zatem charakter informacyjny i edukacyjny – przedstawia katalog ustawowych form wsparcia w ramach opieki długoterminowej, natomiast nie stanowi potwierdzenia, że każda opisana usługa jest dostępna lub realizowana lokalnie.

Spis treści

Wstęp	7
I. ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ	8
1. Świadczenia opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne.....	9
➤ Świadczenia opiekuńczo - lecznicze psychiatryczne dla dorosłych	9
➤ Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne dla dorosłych	5
2. Świadczenia: pielęgnacyjne i opiekuńcze udzielane w zakładach (zakłady opiekuńcze: zakłady opiekuńczo – lecznicze i zakłady pielęgnacyjno - opiekuńcze), świadczenia w formie pielęgniarstwa opieki domowej oraz świadczone przez zespoły opieki domowej dla osób wentylowanych mechanicznie.....	12
➤ Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze udzielane w zakładach (zakłady opiekuńcze: zakłady opiekuńczo- lecznicze i zakłady pielęgnacyjno - opiekuńcze)	12
➤ Świadczenia w formie pielęgniarstwa opieki domowej	15
➤ Świadczenia udzielane przez zespoły opieki domowej dla osób wentylowanych mechanicznie.....	16
3. Świadczenia opieki hospicyjnej i paliatywnej	18
II. ŚWIADCZENIA POMOCY SPOŁECZNEJ W ZAKRESIE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ	22
1. Usługi świadczone w miejscu zamieszkania	23
➤ Usługi opiekuńcze	23
➤ Specjalistyczne usługi opiekuńcze.....	23
➤ Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi	24
➤ Sąsiedzkie usługi opiekuńcze	24
➤ Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością	25

2. Usługi w ośrodkach wsparcia dziennego	26
➤ Ośrodki wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi ..	26
a) Środowiskowy dom samopomocy	27
b) Kluby samopomocy	30
➤ Dzielne domy pomocy	31
3. Usługi stacjonarne (całodobowe)	31
➤ Domy pomocy społecznej (DPS)	31
➤ Rodzinne domy pomocy	37
➤ Mieszkania wspomagane i treningowe	39
➤ Usługi wsparcia krótkoterminowego	44
➤ Usługi świadczone w placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekłe chorym lub osobom w podeszłym wieku.....	46
➤ usługa wsparcia krótkoterminowego: opieka wytchnieniowa	49

III. ŚWIADCZENIA ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO 51

1. Bon senioralny	52
2. Świadczenia pieniężne dla osoby niesamodzielnej	54
➤ Dodatek pielęgnacyjny	55
➤ Zasiłek pielęgnacyjny	51
➤ Świadczenie wspierające	58
➤ Objęcie ubezpieczeniem niepracującej osoby udzielającej wsparcia osobie uprawnionej do świadczenia wspierającego.....	71
➤ Świadczenie uzupełniające	72
➤ Zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich refundacja	76
➤ Dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	78

IV. ŚWIADCZENIA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ REALIZOWANE NA TERENIE POWIATU OSTRZESZOWSKIEGO 82

WSTĘP

Zgodnie z **ustawą o osobach starszych i koordynacji opieki długoterminowej**, opieka długoterminowa jest rozumiana jako system usług i świadczeń dla osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu lub w realizacji zaleceń terapeutycznych z zakresu:

I. Świadczeń opieki zdrowotnej obejmujących pomoc stacjonarną (np. ZOL, ZPO, w tym psychiatryczne), opiekę w warunkach domowych (pielęgniarska opieka długoterminowa, domowa wentylacja mechaniczna) oraz wsparcie w ramach opieki hospicyjnej i paliatywnej.

I. Świadczeń pomocy społecznej skupiających się na wsparciu pozamedycznym i obejmujących usługi opiekuńcze i sąsiedzkie w miejscu zamieszkania, dzienną aktywizację (np. Środowiskowe Domy Samopomocy, Dienne Domy Pomocy), mieszkania treningowe i wspomagane, a także opiekę całodobową w Domach Pomocy Społecznej (DPS) oraz opiekę wytchnieniową dla opiekunów.

II. Świadczeń zabezpieczenia społecznego dostarczających środków finansowych lub wsparcia rzeczowego, które ułatwiają pokrycie kosztów opieki. Zaliczają się do nich m.in. bon senioralny, świadczenia wspierające, dodatek i zasiłek pielęgnacyjny, świadczenie uzupełniające oraz dofinansowania do wyrobów medycznych i sprzętu rehabilitacyjnego ze środków NFZ i PFRON.

Przewodnik ten ma na celu poinformowanie o dostępnych formach wsparcia oraz przybliżenie, jak krok po kroku ubiegać się o wybraną pomoc zarówno w urzędach, jak i placówkach medycznych, a także wskazanie danych teleadresowych placówek i instytucji realizujących powyższe świadczenia i usługi na terenie powiatu ostrzeszowskiego.

I. ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Do świadczeń opieki zdrowotnej zalicza się:

1. Świadczenia **opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne** (wskazane w art. 11 pkt 6a ustawy o osobach starszych i koordynacji opieki długoterminowej).
2. Świadczenia **pielęgnacyjne i opiekuńcze** udzielane w zakładach (ZOL, ZPO), w formie pielęgniarstwa opieki domowej oraz przez zespoły opieki domowej dla osób wentylowanych mechanicznie (wskazane w art. 11 pkt 6b ustawy o osobach starszych i koordynacji opieki długoterminowej).
3. Świadczenia w ramach opieki hospicyjnej i paliatywnej (art. 34 pkt. 3 ustawy o osobach starszych i koordynacji opieki długoterminowej).

1. ŚWIADCZENIA OPIEKUŃCZO-LECZNICZE I PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZE PSYCHIATRYCZNE

➤ **ŚWIADCZENIA OPIEKUŃCZO-LECZNICZE PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH** obejmują opiekę, pielęgnację i rehabilitację oraz leczenie chorych ze znacznymi i utrwalonymi zaburzeniami zachowania, którym nie można zapewnić opieki w innych warunkach aniżeli stacjonarnych.

Świadczenie realizują Zakłady Opiekuńczo – Lecznicze Psychiatryczne.
Wskazanie do realizacji:

- Organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi (F00-F09);
- Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe (F20-F29);
- Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30-F39);
- Upośledzenie umysłowe (F70-F79).

Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Zdrowia z 19 czerwca 2019 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (załącznik 1, wiersz 12)

➤ **ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZE PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH** obejmują opiekę, pielęgnację i rehabilitację oraz leczenie chorych ze znacznymi i utrwalonymi zaburzeniami zachowania, którym nie można zapewnić opieki w innych warunkach. Świadczenie realizują Zakłady Pielęgnacyjno-Opiekuńcze Psychiatryczne (ZPOP)

Wskazanie do realizacji:

- Organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi (F00-F09);
- Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe (F20-F29);
- Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30-F39);
- Upośledzenie umysłowe (F70-F79).

Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Zdrowia z 19 czerwca 2019 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, (załącznik 1, wiersz 14)

Kluczowe zasady przyjęcia

Kwestia przyjęcia do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego (ZOL) o profilu psychiatrycznym oraz do Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego (ZPO) o profilu psychiatrycznym jest regulowana przez kilka aktów prawnych, które łączą przepisy dotyczące ogólnej opieki długoterminowej z zasadami ochrony zdrowia psychicznego.

Przyjęcie do ZOL-u i ZPO psychiatrycznego różni się od standardowego ZOL-u o ZPO somatycznego przede wszystkim rygorem dotyczącym **zgody pacjenta**:

Tryb dobrowolny (za zgodą)

Zgodnie z art. 22 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego., przyjęcie następuje na podstawie:

- **Pisemnej zgody pacjenta** (jeśli jest on zdolny do jej wyrażenia).
- **Skierowania** wystawionego przez lekarza psychiatrę.
- Analizy dokumentacji przez zespół kwalifikacyjny placówki.

Tryb bez zgody pacjenta (postanowienie sądu)

Jeśli osoba ze względu na stan zdrowia psychicznego nie jest zdolna do wyrażenia świadomej zgody lub jest ubezwłasnowolniona, a opiekun prawny ubiega się o jej umieszczenie w zakładzie, wymagane jest **postanowienie sądu opiekuńczego**.

Sąd bada, czy brak opieki zagraża życiu lub zdrowiu tej osoby.

W przypadku osób ubezwłasnowolnionych, zgodę musi wyrazić zarówno opiekun prawny, jak i sąd opiekuńczy.

Wymagana dokumentacja

Aby ubiegać się o miejsce, należy skompletować:

- **Wniosek o wydanie skierowania** (podpisany przez pacjenta lub opiekuna).
- **Skierowanie do ZOL** (wystawione przez lekarza psychiatrę na specjalnym druku).

- **Wywiad pielęgniarzski** oraz **zaświadczenie lekarskie**.
- **Karta oceny świadczeniobiorcy (Skala Barthel)** – choć w ZOL-ach psychiatrycznych kryterium 40 punktów nie zawsze jest decydujące (ważniejszy jest stan psychiczny), dokument jest wymagany przez NFZ.
- **Dokumenty dochodowe** – niezbędne do ustalenia odpłatności (pacjent płaci za zakwaterowanie i wyżywienie 70% swojego dochodu netto).

Odpłatność

Świadczeniobiorca przebywający w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej, który udziela świadczeń całodobowych, ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej (art. 18 Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)

Rodzina nie ma prawnego obowiązku dopłacania do pobytu pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym (ZOL) lub Pielęgnacyjno-Opiekuńczym (ZPO). (art. 18 ustawy: Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych.)

Podstawa prawna:

- Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (u.o.z.p.). Określa zasady wyrażania zgody na leczenie oraz tryby przyjęcia (dobrowolny i przymusowy).
- Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – reguluje zasady kierowania do zakładów opieki długoterminowej oraz kwestie odpłatności za pobyt (Art. 18).
- Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – definiuje prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego (stosowane odpowiednio przy wystawianiu skierowań do ZOL-u psychiatrycznego).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

2. ŚWIADCZENIA: PIELĘGNACYJNE I OPIEKUŃCZE UDZIELANE W ZAKŁADACH (ZAKŁADY OPIEKUŃCZE: ZAKŁADY OPIEKUŃCZO – LECZNICZE I ZAKŁADY PIELĘGNACYJNO - OPIEKUŃCZE), ŚWIADCZENIA W FORMIE PIELĘGNIARSKIEJ OPIEKI DOMOWEJ ORAZ ŚWIADCZONE PRZEZ ZESPOŁY OPIEKI DOMOWEJ DLA OSÓB WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE.

➤ ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNE I OPIEKUŃCZE UDZIELANE W ZAKŁADACH (ZAKŁADY OPIEKUŃCZE: ZAKŁADY OPIEKUŃCZO-LECZNICZE I ZAKŁADY PIELĘGNACYJNO - OPIEKUŃCZE)

- Świadczenia skierowane do osób, które ze względu na stan zdrowia wymagają całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającym hospitalizacji w oddziale szpitalnym, które w ocenie skali poziomu samodzielności tj. skali Barthel, otrzymały 40 punktów lub mniej.
- Do zakładu opiekuńczego nie przyjmuje się osób, które w ocenie skalą Barthel otrzymały 40 punktów lub mniej, jeżeli podstawowym wskazaniem do objęcia ich opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie.

- Oceny poziomu samodzielności skalą Barthel dokonuje:
 - 1) przed przyjęciem świadczeniobiorcy do zakładu opiekuńczego - lekarz ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego,
 - 2) w dniu przyjęcia świadczeniobiorcy do zakładu opiekuńczego, na koniec każdego miesiąca lub w przypadku zmiany stanu zdrowia - lekarz i pielęgniarka danego zakładu opiekuńczego.
- Świadczeniobiorcę do zakładu opiekuńczego przyjmuje kierownik zakładu opiekuńczego w porozumieniu z lekarzem udzielającym świadczeń w tym zakładzie opiekuńczym.

Procedura:

- Świadczeniobiorca występuje do lekarza ubezpieczenia zdrowotnego z wnioskiem o wydanie skierowania do zakładu opiekuńczego. Wzór wniosku stanowi załącznik nr 1 do rozporządzenia w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.
- Do wniosku załącza się wywiad pielęgniarski oraz zaświadczenie lekarskie.
- Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wydaje **skierowanie** do zakładu opiekuńczego, jeśli pacjent spełnia kryteria objęcia świadczeniami gwarantowanymi w warunkach stacjonarnych
- Świadczeniobiorca składa skierowanie bezpośrednio do wybranego przez siebie zakładu opiekuńczego. Do skierowania świadczeniobiorca załącza:
 - wywiad pielęgniarski,
 - zaświadczenie lekarskie,
 - dokumenty stwierdzające wysokość dochodu świadczeniobiorcy tj.:
 - decyzję organu rentowego albo emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury, renty albo renty socjalnej; do decyzji można załączyć zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu opiekuńczego na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie opiekuńczym przez właściwy organ rentowy albo emerytalno-rentowy ze świadczenia wypłacanego przez ten organ, lub

- decyzję o przyznaniu zasiłku stałego; do decyzji można załączyć zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu opiekuńczego do odbioru tych należności przez zakład opiekuńczy.
- Wniosek, skierowanie oraz wywiad pielęgniarSKI i zaświadczenie lekarskie nie są wymagane, w przypadku gdy sąd opiekuńczy wyda orzeczenie o umieszczeniu świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczym. W takiej sytuacji orzeczenie sądu opiekuńczego stanowi podstawę do umieszczenia świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczym.
- **Kierownik zakładu opiekuńczego udziela informacji świadczeniobiorcy** oraz odpowiednio domowi pomocy społecznej albo podmiotowi leczniczemu, w przypadku gdy świadczeniobiorca przebywa w tym domu albo w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, **o kolejności przyjęcia świadczeniobiorcy oraz o przewidywanym terminie przyjęcia do zakładu opiekuńczego.**

Odpłatność:

- Miesięczna opłata za pobyt w zakładzie opiekuńczym, obejmująca koszty wyżywienia i zakwaterowania, jest ustalana przez kierownika zakładu opiekuńczego.
- Opłatę ustala się ponownie po każdorazowej zmianie wysokości dochodu świadczeniobiorcy przebywającego w zakładzie opiekuńczym.
- Opłatę ustala się na podstawie dokumentów stwierdzających wysokość dochodu świadczeniobiorcy, w szczególności:
 - 1) decyzji organu rentowego albo emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury, renty albo renty socjalnej; do decyzji można załączyć zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu opiekuńczego na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie opiekuńczym przez właściwy organ rentowy albo emerytalno-rentowy ze świadczenia wypłacanego przez ten organ,
 - 2) decyzji o przyznaniu zasiłku stałego; do decyzji można załączyć zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu opiekuńczego do odbioru tych należności przez zakład opiekuńczy.

- W przypadku czasowej nieobecności świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczym w trakcie jego pobytu w tym zakładzie opiekuńczym, obliczając opłatę uwzględnia się liczbę dni pobytu świadczeniobiorcy poza zakładem opiekuńczym, przy czym opłatę oblicza się w ten sposób, że za dni pobytu poza zakładem opiekuńczym opłata wynosi 70% opłaty pobieranej za dni obecności w zakładzie opiekuńczym.

Podstawa prawna:

- Art. 15 ust. 2 pkt 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- Rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.
- Rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.

➤ ŚWIADCZENIA W FORMIE PIELĘGNIARSKIEJ OPIEKI DOMOWEJ

Świadczenia udzielane w warunkach domowych, realizowane przez pielęgniarską opiekę długoterminową domową obejmują:

- 1) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę;
- 2) przygotowanie świadczeniobiorcy i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niesprawnością;
- 3) świadczenia pielęgnacyjne, zgodnie z procesem pielęgnowania;
- 4) edukację zdrowotną świadczeniobiorcy oraz członków jego rodziny;
- 5) pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym;
- 6) pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji świadczeniobiorcy w domu.

Świadczenia te są udzielane osobie, która w ocenie skalą Barthel otrzymała 40 punktów lub mniej.

Warunkami objęcia pielęgniarstwą opieką długoterminową domową są:

- 1) nieobjęcie opieką przez hospicjum domowe;
- 2) nieobjęcie opieką przez inny zakład opiekuńczy udzielający świadczeń gwarantowanych w warunkach stacjonarnych;
- 3) nieobjęcie opieką przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, wentylowanych mechanicznie;
- 4) niepozostawanie w ostrej fazie choroby psychicznej.

Procedura:

- Świadczenia pielęgniarstwskiej opieki długoterminowej domowej, są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, do którego dołącza się kartę oceny świadczeniobiorcy do objęcia pielęgniarstwą opieką długoterminową domową.
- Oceny świadczeniobiorcy dokonuje w dniu skierowania świadczeniobiorcy do objęcia pielęgniarstwą opieką długoterminową domową - lekarz ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego.

Podstawa prawna:

- Rozporządzenie MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (§ 6 pkt 2 i § 9, § 10)

➤ ŚWIADCZENIA UDZIELANE PRZEZ ZESPOŁY OPIEKI DOMOWEJ DLA OSÓB WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE.

Świadczenia są udzielane osobom z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagającym stosowania inwazyjnej, prowadzonej przy pomocy respiratora (przez rurkę tracheostomijną), bądź nieinwazyjnej (prowadzonej przez różnorodne ustniki, maski czy hełmy), ciągłej lub okresowej wentylacji mechanicznej, niewymagającym hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii lub pobytu w zakładach udzielających całodobowych świadczeń, wymagającym jednak stałego specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji.

Warunkami realizacji świadczeń przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych jest:

- 1) ukończenie i udokumentowanie leczenia przyczynowego;
- 2) wykonanie niezbędnych badań diagnostycznych, uzasadniających rozpoznanie i potwierdzających niemożność stosowania innej terapii niż ciągła lub okresowa wentylacja mechaniczna;
- 3) nieobjęcie udzielaniem świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej lub realizowanych przez pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej;
- 4) nieobjęcie udzielaniem świadczeń gwarantowanych w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi (leczenie obturacyjnego lub centralnego bezdechu sennego za pomocą protezy powietrznej - aparat do leczenia obturacyjnego bezdechu sennego).

Procedura:

Świadczenia są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, do którego dołącza się:

- 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego;
- 2) wyniki badań świadczeniobiorcy;
- 3) kwalifikację do objęcia opieką w warunkach domowych:
 - a) w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania inwazyjnej wentylacji mechanicznej - wydaną przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii zatrudnionego w szpitalu, w którym zakończono leczenie świadczeniobiorcy,
 - b) w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej - wydaną przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarza specjalistę chorób płuc zatrudnionego w szpitalu, w którym zakończono leczenie świadczeniobiorcy

Podstawa prawna:

- Rozporządzenie MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (§ 6 pkt 1 i § 7, § 8)

3. ŚWIADCZENIA OPIEKI HOSPICYJNEJ I PALIATYWNEJ

Świadczenia z zakresu opieki hospicyjnej i paliatywnej stanowią w polskim systemie ochrony zdrowia samodzielną kategorię świadczeń gwarantowanych, odrębną od świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Istota i cel świadczeń

Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzanie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych.

Formy udzielania świadczeń.

Świadczenia te są realizowane w następujących warunkach:

- **Stacjonarnych:** w hospicjum stacjonarnym lub na oddziale medycyny paliatywnej.
- **Domowych:** w hospicjum domowym dla dorosłych
- **Ambulatoryjnych:** w poradni medycyny paliatywnej.

Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych obejmują:

- 1) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy;
- 2) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki;
- 3) leczenie farmakologiczne;
- 4) leczenie bólu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, za pomocą leków dostępnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 5) leczenie innych objawów somatycznych;
- 6) opiekę psychologiczną nad świadczeniobiorcą i jego rodziną;
- 7) rehabilitację;

- 8) zapobieganie powikłaniom;
- 9) badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum stacjonarnym lub oddziale medycyny paliatywnej;
- 10) zaopatrzenie w wyroby medyczne konieczne do wykonania świadczenia gwarantowanego w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej;
- 11) opiekę wyręczającą obejmującą przyjmowanie świadczeniobiorców do hospicjum stacjonarnego lub oddziału medycyny paliatywnej na okres nie dłuższy niż 10 dni.

Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach domowych obejmują świadczenia:

- 1) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy;
 - 2) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki;
 - 3) leczenie bólu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, za pomocą leków dostępnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 4) leczenie innych objawów somatycznych;
 - 5) opiekę psychologiczną nad świadczeniobiorcą i jego rodziną;
 - 6) rehabilitację;
 - 7) zapobieganie powikłaniom;
- oraz badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum domowym dla dorosłych ordynację leków i bezpłatne wypożyczanie przez hospicja domowe wyrobów medycznych wymienionych w ust. 3 części II załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach ambulatoryjnych w poradni medycyny paliatywnej obejmują:

- 1) porady i konsultacje lekarskie w poradni lub w domu świadczeniobiorcy, w tym również świadczeniobiorcy, który nie został zakwalifikowany do hospicjum domowego;
 - 2) porady psychologa w poradni lub w domu świadczeniobiorcy;
 - 3) świadczenia pielęgniarskie w poradni lub w domu świadczeniobiorcy.
2. Porada w poradni medycyny paliatywnej lub w domu świadczeniobiorcy jest to świadczenie obejmujące:

- 1) badanie podmiotowe;
- 2) badanie przedmiotowe;
- 3) ordynację leków, w tym leków przeciwbólowych;
- 4) zapewnienie niezbędnych badań diagnostycznych;
- 5) zlecenie zabiegów pielęgnacyjnych;
- 6) kierowanie do podmiotów leczniczych, w tym udzielających świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych lub domowych;
- 7) wydawanie niezbędnych w procesie leczenia orzeczeń i opinii o stanie zdrowia świadczeniobiorcy;
- 8) poradę lekarską w domu świadczeniobiorcy;
- 9) poradę psychologiczną lub wizytę psychologa w domu świadczeniobiorcy;
- 10) zabieg pielęgniarstwa lub wizytę pielęgniarki w domu świadczeniobiorcy.

Kto może skorzystać (Kryteria kwalifikacji)

- Świadczenia przysługują osobom ubezpieczonym, u których rozpoznano jednostki chorobowe wymienione w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, nierokujące nadziei na wyleczenie.

Główne jednostki chorobowe u dorosłych obejmują:

- Choroba wywołana przez wirus HIV (B20–B24).
- Nowotwory (C00–D48).
- Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego (G09).
- Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy (G10–G13).
- Stwardnienie rozsiane (G35).
- Kardiomiopatia (I42–I43).
- Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej (J96).
- Owrzodzenie odleżynowe (L89).
- Wymagane jest skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;

- Wyłączenia (Kiedy nie można skorzystać):

Opieka hospicyjna wyklucza jednocześnie korzystanie z niektórych innych form wsparcia:

Zasada rozłączności: Pacjent korzystający z hospicjum domowego nie może jednocześnie pobierać świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej domowej oraz domowej rehabilitacji leczniczej. (§ 8 ust. 3 ww. rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej).

Brak wskazań: Świadczenia nie przysługują osobom, których stan zdrowia nie wynika z jednostek chorobowych ujętych w ustawowym wykazie (np. pacjentom wymagającym jedynie opieki socjalnej lub typowej rehabilitacji geriatrycznej).

- Finansowanie medyczne (lekarz, pielęgniarka, psycholog, fizjoterapeuta) pokrywa NFZ.
- Hospicjum zapewnia nieodpłatnie badania diagnostyczne, leki oraz wyroby medyczne niezbędne do wykonania świadczenia.
- W hospicjach domowych istnieje możliwość bezpłatnego wypożyczenia wyrobów medycznych (np. koncentratorów tlenu).

Odpłatność

Świadczenia zdrowotne z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej są dla pacjenta **całkowicie bezpłatne**.

Podstawa prawna

- Ustawa o działalności leczniczej (Art. 2 ust. 1 pkt 12 – definicja świadczeń stacjonarnych innych niż szpitalne)
- Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Art. 31d – delegacja do wydania rozporządzenia o świadczeniach gwarantowanych.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

II. ŚWIADCZENIA POMOCY SPOŁECZNEJ W ZAKRESIE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

W ramach **pomocy społecznej** (czyli poza-medycznej części systemu) opieka długoterminowa skupia się na wspieraniu osób niesamodzielnych w ich codziennym funkcjonowaniu, prowadzeniu gospodarstwa domowego oraz integracji społecznej.

Zgodnie z polskim systemem pomocy społecznej oraz nowymi założeniami ustawy o osobach starszych i koordynacji opieki długoterminowej, do tego pionu zalicza się trzy główne grupy usług:

1. Usługi świadczone w miejscu zamieszkania (gminne/miejskie).
2. Usługi w ośrodkach wsparcia dziennego.
3. Usługi stacjonarne (całodobowe).

1. USŁUGI ŚWIADCZONE W MIEJSCU ZAMIESZKANIA (GMINNE/MIEJSKIE)

Osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona, przysługuje pomoc w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych. Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania mogą być przyznane także w formie usług sąsiedzkich.

Usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze mogą być przyznane również osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina, a także wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić.

➤ **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 albo centrum usług społecznych, przyznając usługi opiekuńcze, ustala ich zakres, okres i miejsce świadczenia. Rada gminy określa, w drodze uchwały, szczegółowe warunki przyznawania i odpłatności za usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, z wyłączeniem specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, oraz szczegółowe warunki częściowego lub całkowitego zwolnienia od opłat, jak również tryb ich pobierania.

W szczególnie uzasadnionych przypadkach, w szczególności gdy doszło do nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub gdy objęcie osób usługami opiekuńczymi lub specjalistycznymi usługami opiekuńczymi

wynika z konieczności zapewnienia takim osobom odpowiedniej opieki, usługi te mogą być przyznane w trybie pilnym.

➤ **SPECJALISTYCZNE USŁUGI OPIEKUŃCZE DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI** to specjalny rodzaj specjalistycznych usług opiekuńczych. Są one przeznaczone dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Organizowanie i świadczenie tych usług należy do zadań zleconych z zakresu administracji rządowej realizowanych przez gminę. Odpłatność za specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi ustala ośrodek pomocy społecznej właściwy ze względu na miejsce zamieszkania osoby wymagającej pomocy w tej formie, na wniosek osoby zainteresowanej lub jej opiekuna, w zależności od posiadanego dochodu na osobę w rodzinie. Cenę 1 godziny zegarowej specjalistycznych usług dla osób z zaburzeniami psychicznymi ustala ośrodek pomocy społecznej albo centrum usług społecznych. Cenę ustala się na podstawie analizy kosztów realizacji tego zadania lub wynika ona z umowy zawartej przez ośrodek pomocy społecznej lub centrum usług społecznych z podmiotem przyjmującym zlecenie realizacji zadania.

➤ **SĄSIEDZKIE USŁUGI OPIEKUŃCZE** obejmują pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, podstawową opiekę higieniczno-pielęgniarską, przez którą należy rozumieć formy wsparcia niewymagające specjalistycznej wiedzy i kompetencji, oraz w miarę potrzeb i możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Osobą wykonującą usługi sąsiedzkie może być osoba, która:

- 1) jest pełnoletnia;
- 2) nie jest członkiem rodziny osoby, na rzecz której są świadczone usługi sąsiedzkie;
- 3) nie jest oddzielnie zamieszkującym małżonkiem, wstępnym ani zstępnym osoby, na rzecz której są świadczone usługi sąsiedzkie;
- 4) złożyła organizatorowi usług sąsiedzkich oświadczenie o zdolności pod względem psychofizycznym do świadczenia takich usług;
- 5) zamieszkuje w najbliższej okolicy osoby, na rzecz której są świadczone usługi sąsiedzkie;
- 6) ukończyła szkolenie z zakresu udzielania pierwszej pomocy;

7) została zaakceptowana przez osobę, na rzecz której są świadczone usługi sąsiedzkie;

8) została zaakceptowana przez organizatora usług sąsiedzkich

W przypadku organizowania przez gminę usług opiekuńczych w formie usług sąsiedzkich rada gminy w uchwale, określa szczegółowe warunki przyznawania usług sąsiedzkich, wymiar i zakres usług sąsiedzkich oraz sposób rozliczania wykonywania takich usług

➤ **ASYSTENT OSOBISTY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Jest to forma bezpłatnego, pozamedycznego wsparcia, której celem jest pomoc w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym.

Aktualny status prawny i dostępność:

Obecnie usługa ta nie jest powszechnym świadczeniem ustawowym. Funkcjonuje głównie w ramach corocznych programów resortowych Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej, do których jednostki samorządu terytorialnego przystępują dobrowolnie.

Kto może skorzystać?

W ramach obecnych programów wsparcie kierowane jest najczęściej do osób dorosłych posiadających orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenie równoważne).

Jak sprawdzić dostępność usługi?

Należy skontaktować się z właściwym dla miejsca zamieszkania osoby zainteresowanej ośrodkiem pomocy społecznej bądź Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie celem uzyskania informacji czy jednostka przystąpiła do rządowego programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”.

Podstawa prawna:

- ustawa o pomocy społecznej (art. 50)

- rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. o specjalistycznych usługach opiekuńczych.

2. USŁUGI W OŚRODKACH WSPARCIA DZIENNEGO

Osobom, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych, mogą być przyznane usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze lub posiłek, świadczone w ośrodku wsparcia.

Ośrodek wsparcia jest jednostką organizacyjną pomocy społecznej dziennego pobytu. W ośrodku wsparcia mogą być prowadzone miejsca całodobowe okresowego pobytu.

Ośrodkiem wsparcia może być:

- ośrodek wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- dzienny dom pomocy,
- dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży,
- schronisko dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi
- klub samopomocy.

Za ośrodek wsparcia uznaje się również schronisko dla osób bezdomnych pomimo nieświadczenia w nim usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych.

➤ OŚRODKI WSPARCIA DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI DZIELĄ SIĘ NA:

- a) środowiskowe domy samopomocy,**
- b) klub samopomocy.**

Są przeznaczone dla osób, które w wyniku upośledzenia niektórych funkcji organizmu lub zdolności adaptacyjnych wymagają pomocy do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, w szczególności

w celu zwiększania zaradności i samodzielności życiowej, a także ich integracji społecznej.

a) ŚRODOWISKOWY DOM SAMOPOMOCY

Świadczy usługi w ramach indywidualnych lub zespołowych treningów samoobsługi i treningów umiejętności społecznych, polegających na nauce, rozwijaniu lub podtrzymywaniu umiejętności w zakresie czynności dnia codziennego i funkcjonowania w życiu społecznym.

Środowiskowe domy Samopomocy mogą być placówkami dziennymi bądź całodobowymi.

Środowiskowe Domy Samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zależności od kategorii osób, dla których są przeznaczone, dzielą się na następujące typy:

- 1) typ A - dla osób przewlekłe psychicznie chorych;
- 2) typ B - dla osób z niepełnosprawnością intelektualną;
- 3) typ C - dla osób wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych;
- 4) typ D - dla osób ze spektrum autyzmu lub niepełnosprawnościami sprzężonymi.

ŚRODOWISKOWY DOM SAMOPOMOCY TYPU DZIENNEGO działa co najmniej 5 dni w tygodniu po 8 godzin dziennie, w tym co najmniej przez 6 godzin dziennie są prowadzone zajęcia z uczestnikami, a pozostały czas przeznaczają się na czynności porządkowe, przygotowanie do zajęć, uzupełnianie prowadzonej dokumentacji, a także zapewnienie opieki uczestnikom w trakcie dowożenia na zajęcia lub odwożenia po zajęciach, jeżeli dom zapewnia usługi transportowe.

ŚRODOWISKOWY DOM SAMOPOMOCY Z MIEJSCAMI CAŁODOBOWEGO POBYTU, w okresie skierowania uczestnika na taki pobyt, zapewnia usługi, odpowiednie do jego niezbędnych potrzeb, w tym co najmniej 10 godzin na dobę przeznaczają się na czas wolny

i wypoczynek nocny uczestnika. Okres korzystania z miejsca całodobowego pobytu w środowiskowym domu samopomocy nie może być jednorazowo dłuższy niż 3 miesiące, z możliwością przedłużenia do 6 miesięcy w uzasadnionych przypadkach, przy czym maksymalny okres pobytu całodobowego osoby w roku kalendarzowym nie może być dłuższy niż 8 miesięcy.

Procedura skierowania do Środowiskowego Domu Samopomocy

- Wniosek o skierowanie do domu na pobyt dzienny lub całodobowy składa się do ośrodka pomocy społecznej właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubiegającej się o skierowanie, dołączając zaświadczenie lekarskie, wydane przez lekarza psychiatrę lub lekarza neurologa, o występujących zaburzeniach psychicznych oraz zaświadczenie lekarza rodzinnego o stanie zdrowia i o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach domu wraz z informacją o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie, a także orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, o ile osoba takie posiada.
- Skierowanie osoby do domu na pobyt całodobowy następuje w przypadku wystąpienia potrzeby spowodowanej sytuacją życiową lub rodzinną osoby albo w przypadku realizacji całodobowego treningu samoobsługi i umiejętności społecznych w ramach indywidualnego planu postępowania wspierająco-aktywizującego.
- W przypadku osoby ubiegającej się o skierowanie do domu prowadzonego przez właściwy ze względu na jej miejsce zamieszkania powiat lub inny podmiot na jego zlecenie, ośrodek pomocy społecznej gminy miejsca zamieszkania osoby przesyła do starosty powiatu dokumenty (wniosek o skierowanie wraz z zaświadczeniem lekarskim) wraz z rodzinnym wywiadem środowiskowym przeprowadzonym w tej sprawie.
- Osoba może być skierowana do domu prowadzonego przez inną gminę lub inny powiat niż gmina lub powiat właściwe ze względu na jej miejsce zamieszkania, pod warunkiem zawarcia porozumienia pomiędzy właściwymi jednostkami samorządu terytorialnego.
- Skierowanie do domu następuje w drodze decyzji administracyjnej.

- W przypadku osób, które po raz pierwszy wystąpiły o skierowanie do domu, decyzję o skierowaniu do domu wydaje się na czas określony, nie dłuższy niż 3 miesiące, konieczny do dokonania przez zespół wspierająco-aktywizujący oceny możliwości zaproponowania osobie indywidualnego planu postępowania wspierająco-aktywizującego oraz okresu, jaki będzie niezbędny do jego realizacji.
- Po dokonaniu oceny, oraz przygotowaniu indywidualnego planu postępowania wspierająco-aktywizującego osobę kieruje się do domu na czas określony, uzgodniony z kierownikiem domu, niezbędny do realizacji indywidualnego planu postępowania wspierająco-aktywizującego.
- Okres, na jaki osoba została skierowana do domu, może być przedłużony, w szczególności w sytuacji braku postępów w realizacji indywidualnego planu postępowania wspierająco-aktywizującego, okresowego braku możliwości skierowania osoby do innego ośrodka wsparcia, domu pomocy społecznej lub warsztatu terapii zajęciowej albo braku możliwości zatrudnienia, w tym w warunkach pracy chronionej na przystosowanym stanowisku pracy.
- W razie częstych nieobecności uczestników, trwających przez okres dłuższy niż 10 dni roboczych i związanej z tym możliwości świadczenia usług dla dodatkowych osób, do domu mogą być skierowane kolejne osoby, jednak w liczbie nieprzekraczającej liczby uczestników o częstych nieobecnościach, nie wyższej niż 20% liczby miejsc w domu.

Termin przyjęcia do Środowiskowego Domu Samopomocy

- Termin przyjęcia do domu ustala kierownik domu w porozumieniu z osobą kierowaną lub jej opiekunem.
- Przed przyjęciem osoby do domu pracownik socjalny ŚDS lub inny pracownik, wskazany przez kierownika domu, przekazuje osobie kierowanej lub jej opiekunowi informacje o zasadach funkcjonowania domu, a także w przypadku potrzeby zebrania dodatkowych informacji dotyczących osoby kierowanej lub jej sytuacji rodzinnej sporządza pisemną notatkę w tej sprawie i przekazuje ją kierownikowi domu.

Odpłatność za usługi ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi

- **Korzystanie z usług** świadczonych w ośrodkach wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi, **niebędących usługami całodobowymi** oraz korzystanie z usług klubów samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi **jest nieodpłatne**.
- W przypadku ubiegania się o usługi niebędące całodobowymi, a także przy sporządzaniu aktualizacji rodzinnego wywiadu środowiskowego w przypadku korzystania z tych usług, nie ustala się sytuacji dochodowej i majątkowej osób i rodzin.
- Odpłatność za usługi całodobowe w ośrodkach wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi ustala się w wysokości 70% dochodu osoby korzystającej z usług, proporcjonalnie do okresu jej pobytu. Odpłatność, nie może być wyższa niż średnia miesięczna kwota dotacji na jednego uczestnika, wyliczona dla ośrodka wsparcia, w którym osoba przebywa.
- Decyzję o skierowaniu do ośrodka wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi i decyzję ustalającą odpłatność za korzystanie z usług całodobowych w tych ośrodkach wydaje właściwy organ jednostki samorządu terytorialnego prowadzącej lub zlecającej prowadzenie ośrodka wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Organ, może zwolnić osoby zobowiązane do odpłatności za usługi całodobowe w ośrodkach wsparcia, na ich wniosek, częściowo lub całkowicie z tej odpłatności.

b) KLUBY SAMOPOMOCY

Zakres usług świadczonych w klubach samopomocy ustala właściwy organ jednostki samorządu terytorialnego prowadzącej klub samopomocy w uzgodnieniu z wojewodą.

Zgodnie z art. 106 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej, skierowanie do klubu samopomocy nie wymaga wydania decyzji administracyjnej.

Podstawa prawna:

- art. 51, 51a, 51b, 51c ustawy o pomocy społecznej,
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy.

➤ **DZIENNE DOMY POMOCY**

Dzienne Domy Pomocy są ośrodkami wsparcia dziennego pobytu. Pobyt w Dziennym Domu Pomocy ma na celu zapewnienie seniorom i osobom niesamodzielnym wsparcia w ciągu dnia, aktywizację oraz przeciwdziałanie samotności.

Zadaniem własnym gminy jest prowadzenie i zapewnienie miejsc w ośrodkach wsparcia o zasięgu gminnym oraz kierowanie do nich osób wymagających opieki;

Opłatę za pobyt w ośrodkach wsparcia i mieszkaniach treningowych lub wspomaganych ustala podmiot kierujący w uzgodnieniu z osobą kierowaną, uwzględniając przyznany zakres usług. Osoby nie ponoszą opłat, jeżeli dochód osoby samotnie gospodarującej lub dochód na osobę w rodzinie nie przekracza kwoty kryterium dochodowego.

Podstawa prawna:

- ustawa o pomocy społecznej (art. 17.2; art. 51 ust. 2 i 4; art. 97)

3. USŁUGI STACJONARNE (CAŁODOBOWE)

Gdy pomoc w miejscu zamieszkania jest niewystarczająca, system oferuje wsparcie w formie placówek całodobowych.

➤ **DOMY POMOCY SPOŁECZNEJ (DPS)**

Przesłanki i zasady umieszczenia w domu pomocy społecznej

Osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych, przysługuje prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej.

Zakres usług: bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach

wynikających z indywidulanych potrzeb mieszkańców domów pomocy społecznej.

Domy pomocy społecznej, w zależności od tego, dla kogo są przeznaczone, dzielą się na następujące typy domów, dla:

- 1) osób w podeszłym wieku;
- 2) osób przewlekłe somatycznie chorych;
- 3) osób przewlekłe psychicznie chorych;
- 4) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie;
- 5) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie;
- 6) osób niepełnosprawnych fizycznie;
- 7) osób uzależnionych od alkoholu.

Osobę kieruje się do domu pomocy społecznej odpowiedniego typu, zlokalizowanego jak najbliżej miejsca zamieszkania osoby kierowanej. W przypadku gdy przewidywany termin oczekiwania na umieszczenie w domu pomocy społecznej danego typu zlokalizowanym najbliżej miejsca zamieszkania osoby kierowanej wynosi ponad 3 miesiące, osobę kieruje się na jej wniosek do domu pomocy społecznej tego samego typu zlokalizowanego jak najbliżej miejsca zamieszkania osoby kierowanej, w którym przewidywany termin oczekiwania na umieszczenie jest krótszy niż 3 miesiące.

Skierowanie i umieszczenie w domu pomocy społecznej

- Decyzję o skierowaniu do domu pomocy społecznej i decyzję ustalającą opłatę mieszkańca domu za jego pobyt w domu pomocy społecznej wydaje organ gminy właściwej dla tej osoby w dniu jej kierowania do domu pomocy społecznej.
- Decyzję o umieszczeniu w domu pomocy społecznej wydaje organ gminy prowadzącej dom pomocy społecznej lub starosta powiatu prowadzącego dom pomocy społecznej. W przypadku regionalnych domów pomocy społecznej decyzję wydaje marszałek województwa.
- W razie niemożności umieszczenia w domu pomocy społecznej z powodu braku wolnych miejsc, powiadamia się osobę o wpisaniu na listę oczekujących oraz o przewidywanym terminie oczekiwania na umieszczenie w domu pomocy społecznej.

- W przypadku regionalnego domu pomocy społecznej finansowanego z dochodów własnych samorządu województwa decyzję o skierowaniu wydaje organ gminy, a decyzję o umieszczeniu i opłacie mieszkańca domu za jego pobyt w tym domu wydaje marszałek województwa
- W przypadku regionalnego domu pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu, decyzję o skierowaniu do domu pomocy społecznej i decyzję ustalającą opłatę mieszkańca domu za jego pobyt w domu pomocy społecznej wydaje organ gminy właściwej dla tej osoby w dniu jej kierowania do domu pomocy społecznej. Decyzję o umieszczeniu w regionalnym domu pomocy społecznej wydaje marszałek województwa. Decyzję o skierowaniu oraz o umieszczeniu w domu pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu wydaje się na czas określony nie dłuższy niż 12 miesięcy, z możliwością przedłużenia do 18 miesięcy w uzasadnionych przypadkach.

Opłata za pobyt w domu pomocy społecznej

- Pobyt w domu pomocy społecznej jest odpłatny do wysokości średniego miesięcznego kosztu utrzymania mieszkańca,
- Średni miesięczny koszt utrzymania mieszkańca:
 - 1) w domu pomocy społecznej o zasięgu gminnym - ustala wójt (burmistrz, prezydent miasta) i ogłasza w wojewódzkim dzienniku urzędowym, nie później niż do dnia 31 marca każdego roku;
 - 2) w domu pomocy społecznej o zasięgu powiatowym - ustala starosta i ogłasza w wojewódzkim dzienniku urzędowym, nie później niż do dnia 31 marca każdego roku;
 - 3) w regionalnym domu pomocy społecznej - ustala marszałek województwa i ogłasza w wojewódzkim dzienniku urzędowym, nie później niż do dnia 31 marca każdego roku.
- Ogłoszenie średniego miesięcznego kosztu utrzymania mieszkańca stanowi podstawę do ustalenia odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej od następnego miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym zostało opublikowane. Do tego czasu odpłatność za pobyt w domu pomocy społecznej ustala się na podstawie ogłoszenia z roku poprzedniego.

Osoby zobowiązane do wniesienia opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej

- Obowiązani do wnoszenia opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej są w kolejności:

- 1) mieszkaniiec domu,
- 2) małżonek, zstępni przed wstępnymi,
- 3) gmina, z której osoba została skierowana do domu pomocy społecznej

- przy czym osoby i gmina nie mają obowiązku wnoszenia opłat, jeżeli mieszkaniiec domu ponosi pełną odpłatność.

2. Opłatę za pobyt w domu pomocy społecznej wnoszą:

- 1) mieszkaniiec domu, nie więcej jednak niż 70% swojego dochodu,
- 2) małżonek, zstępni przed wstępnymi
 - a) w przypadku osoby samotnie gospodarującej, jeżeli dochód jest wyższy niż 300% kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej, jednak kwota dochodu pozostająca po wniesieniu opłaty nie może być niższa niż 300% tego kryterium,
 - b) w przypadku osoby w rodzinie, jeżeli posiadany dochód na osobę jest wyższy niż 300% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie, z tym że kwota dochodu pozostająca po wniesieniu opłaty nie może być niższa niż 300% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie;
- 3) gmina, z której osoba została skierowana do domu pomocy społecznej - w wysokości różnicy między średnim kosztem utrzymania w domu pomocy społecznej a opłatami wnoszonymi przez osoby,

- Opłatę za pobyt w domu pomocy społecznej mogą wnosić osoby wyżej nie wymienione. Jeśli taka osoba zdecyduje się pomagać finansowo, gmina pokrywa różnicę między pełnym kosztem utrzymania w DPS a sumą wpłat od osoby.

- Kierownik ośrodka pomocy społecznej albo dyrektor centrum usług społecznych, ustala w drodze umowy z małżonkiem, zstępnymi przed wstępnymi mieszkańca domu wysokość wnoszonej przez nich opłaty za pobyt tego mieszkańca w domu pomocy społecznej, biorąc pod uwagę wysokość dochodów i możliwości.

- Wysokość opłaty za pobyt mieszkańca domu w domu pomocy społecznej, ustala się proporcjonalnie do liczby osób obowiązanych do jej wnoszenia.

- Dochód mieszkańca domu podejmującego pracę ze wskazań terapeutyczno-rehabilitacyjnych lub uczestniczącego w warsztatach terapii zajęciowej, stanowiący podstawę naliczania opłaty, zmniejsza się o 50% kwoty otrzymywanej z tytułu wynagrodzenia za tę pracę lub o kwotę odpowiadającą wysokości kieszonkowego wypłacanego z tytułu uczestnictwa w tych warsztatach.

Wnoszenie opłat

- Mieszkaniec domu wnosi opłatę do kasy domu lub na jego rachunek bankowy. Za jego zgodą opłata może być potrącana:
 - 1) z emerytury lub renty mieszkańca domu - przez właściwy organ emerytalno-rentowy,
 - 2) z zasiłku stałego mieszkańca domu - przez ośrodek pomocy społecznej albo centrum usług społecznych; opłatę za pobyt ośrodek pomocy społecznej albo centrum usług społecznych przekazują na rachunek bankowy domu pomocy społecznej.
- Rodzina (małżonek, zstępni przed wstępnymi) bądź inne osoby, które wyraziły zgodę na pokrywanie kosztów, wnoszą opłatę do kasy lub na rachunek bankowy gminy, z której mieszkaniec domu został skierowany; opłatę tę gmina przekazuje na rachunek bankowy właściwego domu pomocy społecznej.

Pobyt mieszkańca poza domem pomocy społecznej

Mieszkaniec domu, a także inna osoba obowiązana do wnoszenia opłat za pobyt w domu pomocy społecznej, jeżeli mieszkaniec domu przebywa u tej osoby, nie ponoszą opłat za okres nieobecności mieszkańca domu nieprzekraczającej 21 dni w roku kalendarzowym.

Zwolnienie z opłat

Osoby wnoszące opłatę lub obowiązane do wnoszenia opłaty za pobyt mieszkańca domu w domu pomocy społecznej można zwolnić z tej opłaty częściowo lub całkowicie, na ich wniosek, po przeprowadzeniu rodzinnego wywiadu środowiskowego, w szczególności jeżeli:

- 1) wnoszą opłatę za pobyt innych członków rodziny w domu pomocy społecznej, ośrodka wsparcia lub innej placówce;
 - 2) występują uzasadnione okoliczności, zwłaszcza długotrwała choroba, bezrobocie, niepełnosprawność, śmierć członka rodziny, straty materialne powstałe w wyniku klęski żywiołowej lub innych zdarzeń losowych;
 - 3) małżonkowie, zstępni, wstępni utrzymują się z jednego świadczenia lub wynagrodzenia;
 - 4) osoba obowiązana do wnoszenia opłaty jest w ciąży lub samotnie wychowuje dziecko;
 - 5) osoba obowiązana do wnoszenia opłaty lub jej rodzic przebywała w rodzinie zastępczej, rodzinnym domu dziecka lub placówce opiekuńczo-wychowawczej, na podstawie orzeczenia sądu o ograniczeniu władzy rodzicielskiej osobie kierowanej do domu pomocy społecznej lub mieszkańcowi domu;
 - 6) osoba obowiązana do wnoszenia opłaty przedstawi wyrok sądu oddalający powództwo o alimenty na rzecz osoby kierowanej do domu pomocy społecznej lub mieszkańca domu;
 - 7) osoba obowiązana do wnoszenia opłaty wykaże, w szczególności na podstawie dokumentów dołączonych do wniosku, rażące naruszenie przez osobę kierowaną do domu pomocy społecznej lub mieszkańca domu obowiązku alimentacyjnego lub innych obowiązków rodzinnych względem osoby obowiązanej do wnoszenia opłaty.
- Osobę obowiązaną do wnoszenia opłaty za pobyt mieszkańca domu w domu pomocy społecznej zwalnia się całkowicie z tej opłaty, na jej wniosek, pod warunkiem że przedstawi prawomocne orzeczenie sądu o pozbawieniu tego mieszkańca władzy rodzicielskiej nad tą osobą i oświadczy, że władza rodzicielska nie została przywrócona lub prawomocne orzeczenie sądu o skazaniu tego mieszkańca za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego popełnione na szkodę osoby obowiązanej do wnoszenia opłaty, jej zstępnego, małoletniego lub pełnoletniego nieporadnego ze względu na wiek, stan psychiczny lub fizyczny rodzeństwa lub jej rodzica, chyba że skazanie uległo zatarciu. Zwolnienia te obejmują

zstępnych osoby zwolnionej z opłaty za pobyt mieszkańca domu w domu pomocy społecznej.

Podstawa prawna:

- Art. 54 do art. 66 ustawy o pomocy społecznej.
- Rozporządzenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w sprawie domów pomocy społecznej.

RODZINNE DOMY POMOCY

W przypadku braku możliwości zapewnienia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, osoba wymagająca z powodu wieku lub niepełnosprawności pomocy innych osób może korzystać z usług opiekuńczych i bytowych w formie rodzinnego domu pomocy.

Rodzinny dom pomocy stanowi formę usług opiekuńczych i bytowych świadczonych całodobowo przez osobę fizyczną lub podmiot uprawniony dla niemniej niż trzech i niewięcej niż ośmiu zamieszkujących wspólnie osób wymagających z powodu wieku lub niepełnosprawności wsparcia w tej formie.

Rodzinny dom pomocy jest prowadzony na podstawie umowy zawartej przez osobę fizyczną albo podmiot uprawniony z gminą właściwą ze względu na miejsce położenia rodzinnego domu pomocy.

Procedura skierowania do rodzinnego domu pomocy

Osobę wymagającą wsparcia w formie usług świadczonych przez rodzinny dom pomocy kieruje się do tego domu na pobyt okresowy albo pobyt stały.

Decyzję administracyjną w sprawie skierowania do rodzinnego domu pomocy wydaje kierownik ośrodka pomocy społecznej lub kierownik centrum usług społecznych na podstawie:

- 1) wniosku osoby ubiegającej się o przyznanie świadczenia lub jej opiekuna prawnego, skierowanego do ośrodka pomocy społecznej lub centrum usług społecznych właściwego według miejsca zamieszkania tej osoby;
- 2) rodzinnego wywiadu środowiskowego przeprowadzonego przez pracownika socjalnego;

3) zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań zdrowotnych do umieszczenia w rodzinnym domu pomocy, uzupełnionego wskazaniem pielęgniariskim co do zakresu wymaganych usług opiekuńczych.

Przed wydaniem decyzji administracyjnej o skierowaniu do rodzinnego domu pomocy, kierownik ośrodka lub centrum dokonuje uzgodnień z osobą prowadzącą rodzinny dom pomocy lub kierującą rodzinnym domem pomocy mających na celu określenie czy rodzinny dom pomocy ma możliwości świadczenia usług opiekuńczych i bytowych dostosowanych do potrzeb i stanu zdrowia osoby kierowanej do tego domu.

Po wydaniu decyzji administracyjnej o skierowaniu do rodzinnego domu pomocy, kierownik ośrodka lub centrum, za zgodą osoby, której te dane dotyczą, lub jej opiekuna prawnego, przekazuje do rodzinnego domu pomocy informacje na temat stanu zdrowia oraz sprawności psychofizycznej osoby skierowanej do rodzinnego domu pomocy, tak aby rodzinny dom pomocy mógł zapewnić zakres usług opiekuńczych i bytowych jak najbardziej dostosowany do potrzeb osoby kierowanej do tego domu, przy czym przekazanie dotyczy tylko niezbędnych informacji wynikających z celu ich przekazania.

Po przyjęciu osoby do rodzinnego domu pomocy osoba fizyczna prowadząca rodzinny dom pomocy lub osoba kierująca rodzinnym domem pomocy ustala sposób świadczenia usług bytowych i opiekuńczych w uzgodnieniu z osobą, której usługi te będą świadczone, lub w uzgodnieniu z jej opiekunem prawnym.

W przypadku gdy na terenie gminy nie ma możliwości prowadzenia rodzinnego domu pomocy lub zapewnienia odpowiedniej do potrzeb liczby miejsc w rodzinnych domach pomocy prowadzonych na jej terenie, gmina może zawrzeć umowę z osobą fizyczną lub podmiotem uprawnionym, prowadzącymi rodzinny dom pomocy na terenie gminy sąsiadującej z tą gminą.

Pobyt w rodzinnym domu pomocy jest odpłatny do wysokości odpowiadającej poniesionym miesięcznym wydatkom ustalonym w umowie dotyczącej prowadzenia rodzinnego domu pomocy zawartej między gminą, a osobą fizyczną albo podmiotem uprawnionym, prowadzącymi rodzinny dom pomocy. Przy ustalaniu

opłaty z tytułu pobytu w rodzinnym domu pomocy stosuje się odpowiednio art. 61 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

Podstawa prawna:

- Ustawa o pomocy społecznej, w szczególności - art. 52;
- Rozporządzenie w sprawie rodzinnych domów pomocy

MIESZKANIA WSPOMAGANE I TRENINGOWE

Nowoczesna forma pomocy społecznej, gdzie osoby niesamodzielne mieszkają w specjalnie dostosowanych lokalach, korzystając z codziennego, kilkugodzinnego wsparcia opiekunów lub asystentów, zachowując przy tym częściową autonomię.

Osobie pełnoletniej, która ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, ale nie wymaga usług w zakresie świadczonego przez jednostkę całodobowej opieki, w szczególności osobie z zaburzeniami psychicznymi, może być przyznane wsparcie w mieszkaniu treningowym lub wspomaganym.

Mieszkania te są formą pomocy społecznej przygotowującą, przy wsparciu specjalistów, osoby w nich przebywające do prowadzenia niezależnego życia lub wspierającą te osoby w codziennym funkcjonowaniu.

W mieszkaniu treningowym zapewnia się usługi polegające na nauce rozwijania lub utrwalania umiejętności praktycznych, służących prowadzeniu niezależnego życia, w zakresie:

- 1) samoobsługi;
- 2) zaspokajania codziennych potrzeb życiowych, w tym przygotowywania posiłków;
- 3) efektywnego zarządzania czasem;
- 4) efektywnego zarządzania finansami;
- 5) prowadzenia gospodarstwa domowego;
- 6) załatwiania spraw osobistych i urzędowych;
- 7) utrzymywania więzi rodzinnych;

- 8) rozwiązywania konfliktów interpersonalnych i rozwijania autonomii decyzyjnej;
- 9) uczestniczenia w życiu społeczności lokalnej;
- 10) poszukiwania pracy oraz utrzymania zatrudnienia.

Wsparcie w mieszkaniu treningowym jest przyznawane na czas określony.

W mieszkaniu wspomaganim zapewnia się usługi obejmujące pomoc:

- 1) osobom niepełnosprawnym, osobom w podeszłym wieku lub przewlekłe chorym w wykonywaniu czynności niezbędnych w codziennym funkcjonowaniu dotyczących:
 - a) przemieszczania się,
 - b) utrzymania higieny osobistej,
 - c) ubierania się,
 - d) prania i sprzątanania,
 - e) zakupów i przygotowywania posiłków,
 - f) załatwiania spraw osobistych i urzędowych;
- 2) osobom korzystającym ze wsparcia w mieszkaniu wspomaganim w wykonywaniu czynności niezbędnych w codziennym funkcjonowaniu dotyczących:
 - a) zaspokojenia codziennych potrzeb życiowych,
 - b) efektywnego zarządzania czasem,
 - c) prowadzenia gospodarstwa domowego,
 - d) podjęcia i utrzymania zatrudnienia, w przypadku gdy osoba korzystająca ze wsparcia jest zdolna do wykonywania pracy;
- 3) w realizacji kontaktów społecznych przez umożliwienie osobom korzystającym ze wsparcia w mieszkaniu wspomaganim:
 - a) utrzymywania więzi rodzinnych,
 - b) uczestnictwa w życiu społeczności lokalnej,
 - c) rozwiązywania konfliktów interpersonalnych i rozwijania autonomii decyzyjnej.

Mieszkanie wspomagane jest przeznaczone w szczególności dla:

- 1) osoby niepełnosprawnej, w tym osoby niepełnosprawnej fizycznie lub osoby z zaburzeniami psychicznymi;
- 2) osoby w podeszłym wieku lub przewlekłe chorej.

Wsparcie w mieszkaniu wspomaganym jest przyznawane na czas określony, a w przypadku osób, które posiadają orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, a także w szczególnie uzasadnionych przypadkach w stosunku do innych osób - może zostać przyznane na czas nieokreślony.

Procedura skierowania

- Udzielenie wsparcia w mieszkaniu treningowym lub wspomaganym prowadzonym przez gminę albo powiat, inne niż gmina albo powiat właściwe do wydania decyzji, albo na ich zlecenie, jest możliwe po zawarciu porozumienia między gminą kierującą albo powiatem kierującym z gminą prowadzącą albo powiatem prowadzącym mieszkanie treningowe lub wspomagane lub zlecającymi ich prowadzenie.

- W przypadku mieszkańca domu pomocy społecznej, który w celu przygotowania do prowadzenia niezależnego życia rezygnuje z pobytu w domu, gminą kierującą tego mieszkańca do mieszkania treningowego lub wspomaganego, przez okres 3 lat od daty uchYLENIA decyzji kierującej do domu pomocy społecznej, jest gmina, która skierowała go do domu pomocy społecznej.

- Podstawą przyznania wsparcia w mieszkaniu treningowym lub wspomaganym jest decyzja, wydawana po dokonaniu ustaleń między podmiotem kierującym do tej formy wsparcia, podmiotem prowadzącym mieszkanie treningowe lub wspomagane oraz osobą ubiegającą się o pobyt w tym mieszkaniu lub jej przedstawicielem ustawowym, zwanych "kontraktem mieszkaniowym".

Kontrakt mieszkaniowy ma formę pisemną i obejmuje:

- 1) cel pobytu;
- 2) okres pobytu;
- 3) rodzaj i zakres świadczonego wsparcia;
- 4) odpłatność osoby korzystającej ze wsparcia;
- 5) poziom partycypacji w kosztach udzielonego wsparcia przez podmiot kierujący do tej formy wsparcia, jeżeli nie jest to podmiot prowadzący mieszkanie treningowe lub wspomagane lub zlecający ich prowadzenie;

6) uprawnienia osoby korzystającej ze wsparcia, w tym prawa do prywatności i intymności, indywidualizacji i dostosowania do potrzeb pomocy, wyborów i samostanowienia, a także włączenia społecznego;

7) sposób zgłaszania planowanej nieobecności w mieszkaniu treningowym lub wspomagany;

8) zobowiązanie się osoby ubiegającej się o pobyt w mieszkaniu treningowym lub wspomagany do przestrzegania regulaminu pobytu w mieszkaniu treningowym lub wspomagany;

9) zasady i sposób realizacji programu usamodzielniania osoby korzystającej ze wsparcia; w przypadku gdy stan osoby wskazuje na brak możliwości usamodzielnienia, programu usamodzielnienia nie sporządza się;

- Kwalifikacja osoby ubiegającej się o pobyt w mieszkaniu treningowym lub wspomagany odbywa się na podstawie dokumentów potwierdzających spełnianie przesłanek (osoba pełnoletnia, która ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, ale nie wymaga usług w zakresie świadczonego przez jednostkę całodobowej opieki, w szczególności m.in. osoba z zaburzeniami psychicznymi). Rodzinnego wywiadu środowiskowego nie przeprowadza się.

- Wsparcie świadczone w mieszkaniu treningowym lub wspomagany nie stanowi zaspokojenia potrzeb mieszkaniowych osób lub rodzin.

- Korzystanie ze wsparcia w mieszkaniu treningowym lub wspomagany prowadzonym przez podmioty inne niż gmina, powiat lub na ich zlecenie odbywa się na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej z osobą korzystającą z pobytu w takim mieszkaniu lub jej przedstawicielem ustawowym.

- Wojewoda właściwy ze względu na miejsce położenia mieszkania prowadzi rejestr mieszkań treningowych i wspomaganych prowadzonych przez gminę, powiat lub na ich zlecenie, w celu usprawnienia udzielania świadczeń z pomocy społecznej oraz upowszechnienia informacji o prowadzonych mieszkaniach treningowych i wspomaganych. Rejestr zawiera:

- 1) rodzaj mieszkania treningowego lub wspomaganego i nazwę, pod którą jest ono prowadzone;
- 2) dane identyfikujące gminę lub powiat zlecające prowadzenie mieszkania treningowego lub wspomaganego;
- 3) dane identyfikacyjne podmiotu prowadzącego mieszkanie treningowe lub wspomagane:
 - a) nazwę i adres siedziby,
 - b) formę organizacyjno-prawną;
- 4) liczbę miejsc w mieszkaniu treningowym lub wspomagany;
- 5) w przypadku mieszkania treningowego lub wspomaganego, w którym przebywają osoby skierowane na podstawie zawartego porozumienia - dane identyfikujące gminę lub powiat, z którymi zawarto porozumienie, oraz liczbę miejsc w mieszkaniu treningowym lub wspomagany, których dotyczy porozumienie.

Odpłatność

- Opłatę za pobyt w ośrodkach wsparcia i mieszkaniach treningowych lub wspomaganych ustala podmiot kierujący w uzgodnieniu z osobą kierowaną, uwzględniając przyznany zakres usług. Osoby nie ponoszą opłat, jeżeli dochód osoby samotnie gospodarującej lub dochód na osobę w rodzinie nie przekracza kwoty kryterium dochodowego.
- Odpłatność mieszkańca domu pomocy społecznej, który w celu przygotowania do prowadzenia niezależnego życia rezygnuje z pobytu w DPS, nie może być wyższa niż 30% dochodu tej osoby. Różnicę pomiędzy odpłatnością mieszkańca domu pomocy społecznej, korzystającego ze wsparcia w mieszkaniu treningowym lub wspomagany, a kosztem pobytu w mieszkaniu treningowym lub wspomagany, pokrywa gmina kierująca do domu pomocy społecznej.

Podstawa prawna

- art. 53 oraz art. 97 ust 1 ustawy o pomocy społecznej, `
- rozporządzenie w sprawie mieszkań treningowych i wspomaganych

➤ **USŁUGI WSPARCIA KRÓTKOTERMINOWEGO**

Dom pomocy społecznej dla:

- 1) osób w podeszłym wieku;
- 2) osób przewlekłe somatycznie chorych;
- 3) osób przewlekłe psychicznie chorych;
- 4) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie;
- 6) osób niepełnosprawnych fizycznie;
- 7) osób uzależnionych od alkoholu.

może świadczyć usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego lub w formie dziennej osobom pełnoletnim wymagającym wsparcia z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niebędącym mieszkańcami domu.

- Usługi wsparcia krótkoterminowego mogą być przyznane osobie, która ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymaga doraźnej pomocy w formie pobytu całodobowego lub w formie dziennej, ze względu na czasowe ograniczenie możliwości zapewnienia właściwego wsparcia w miejscu zamieszkania przez osoby na co dzień sprawujące opiekę nad tą osobą.
- Rodzaj i zakres usług wsparcia krótkoterminowego są uzależnione od sytuacji osoby wymagającej wsparcia oraz jej indywidualnych potrzeb.
- Usługi wsparcia krótkoterminowego realizowane w formie pobytu całodobowego bądź w formie dziennej, są adekwatne do zakresu usług realizowanych przez dom pomocy społecznej na rzecz jego mieszkańców, z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb osób korzystających z tej formy wsparcia.

Procedura przyznania pomocy

- Usługi wsparcia krótkoterminowego realizowane w formie pobytu całodobowego mogą być przyznane na czas określony nie dłuższy niż 30 dni w roku kalendarzowym, z możliwością przedłużenia pobytu w szczególnie uzasadnionych przypadkach o nie więcej niż kolejne 30 dni w roku kalendarzowym.
- Usługi wsparcia krótkoterminowego realizowane w formie dziennej mogą być przyznane w wymiarze niemniejszym niż 4 godziny

dziennie i nie większym niż 12 godzin dziennie, nie większym niż 30 dni w roku kalendarzowym, z możliwością przedłużenia wsparcia w szczególnie uzasadnionych przypadkach o nie więcej niż kolejne 30 dni w roku kalendarzowym.

- Osoba może korzystać z usług wsparcia krótkoterminowego w danym roku kalendarzowym zarówno w formie pobytu całodobowego, jak i w formie dziennej, jednak łącznie dla obydwu form nie dłużej niż 60 dni w roku kalendarzowym.
- Wniosek o przyznanie pomocy w formie usług wsparcia krótkoterminowego składa się w ośrodku pomocy społecznej właściwym ze względu na miejsce zamieszkania osoby wymagającej wsparcia.
- Do wniosku dołącza się
 - oświadczenie o sytuacji osobistej i dochodowej osoby ubiegającej się o usługi wsparcia krótkoterminowego; Składający oświadczenie zawiera w nim klauzulę o następującej treści: "Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia". Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.
 - dokumenty umożliwiające stwierdzenie potrzeby przyznania usług wsparcia krótkoterminowego (wiek, choroba lub niepełnosprawność wymagające doraźnej pomocy w formie pobytu całodobowego lub w formie dziennej, ze względu na czasowe ograniczenie możliwości zapewnienia właściwego wsparcia w miejscu zamieszkania przez osoby na co dzień sprawujące opiekę nad tą osobą) oraz wskazujące na rodzaj i zakres wsparcia, którego wymaga ta osoba.
- W postępowaniu o przyznanie prawa do usług wsparcia krótkoterminowego nie przeprowadza się rodzinnego wywiadu środowiskowego, chyba że powstaną wątpliwości co do zgodności ze stanem faktycznym treści oświadczenia o sytuacji osobistej i dochodowej osoby ubiegającej się o usługi wsparcia krótkoterminowego
- W przypadku gdy osoba ubiegająca się o usługi wsparcia krótkoterminowego deklaruje ponoszenie pełnej odpłatności za te usługi, sytuacji dochodowej nie ustala się.

- Kierownik ośrodka pomocy społecznej wydaje decyzję przyznającą prawo do usług wsparcia krótkoterminowego po dokonaniu uzgodnień z konkretnym domem pomocy społecznej prowadzonym przez gminę, powiat lub na ich zlecenie, który będzie realizował usługi. Wydaną decyzję ośrodek pomocy społecznej przekazuje do gminy lub powiatu prowadzących lub zlecających prowadzenie domu pomocy społecznej.
- Decyzja przyznająca prawo do usług wsparcia krótkoterminowego określa wymiar i zakres usług, odpłatność za usługi, miejsce świadczenia usług oraz okres, na jaki zostały one przyznane.
- Obowiązani do wnoszenia opłaty za korzystanie z usług wsparcia krótkoterminowego są w kolejności:
 - 1) osoba korzystająca z usług wsparcia krótkoterminowego,
 - 2) gmina, która przyznała usługi wsparcia krótkoterminowego, przy czym gmina nie ma obowiązku wnoszenia opłaty, jeżeli osoba korzystająca z usług wsparcia krótkoterminowego ponosi pełną odpłatność.

Podstawa prawna

- Ustawa o pomocy społecznej (art. 55a, 55b)

➤ USŁUGI ŚWIDCZONE W PLACÓWKACH ZAPEWNIAJĄCYCH CAŁODOBOWĄ OPIEKĘ OSOBOM NIEPEŁNOSPRAWNYM, PRZEWLEKLE CHORYM LUB OSOBOM W PODESZŁYM WIEKU.

Opieka w placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku polega na świadczeniu przez całą dobę usług:

- 1) opiekuńczych zapewniających:
 - a) udzielanie pomocy w podstawowych czynnościach życiowych,
 - b) pielęgnację, w tym pielęgnację w czasie choroby,
 - c) opiekę higieniczną,
 - d) niezbędną pomoc w załatwianiu spraw osobistych,
 - e) kontakty z otoczeniem;
- 2) bytowych zapewniających:

- a) miejsce pobytu,
- b) wyżywienie,
- c) utrzymanie czystości.

- Sposób świadczenia usług powinien uwzględniać stan zdrowia, sprawność fizyczną i intelektualną oraz indywidualne potrzeby i możliwości osoby przebywającej w placówce, a także prawa człowieka, w tym w szczególności prawo do godności, wolności, intymności i poczucia bezpieczeństwa.
- W przypadku gdy brak opieki zagraża życiu lub poważnie zagraża zdrowiu osoby przebywającej w placówce, będącej osobą z zaburzeniami psychicznymi, osoba kierująca tą placówką może ograniczyć możliwość samodzielnego opuszczania przez tę osobę terenu placówki na podstawie zaświadczenia lekarza wydanego na czas oznaczony, nie dłuższy niż 6 miesięcy, wskazującego zasadność takiego ograniczenia.
- Ograniczenie jest wydawane w formie pisemnej i zawiera wskazanie osoby, której to ograniczenie dotyczy, okresu, na jaki jest wydane, uzasadnienie ograniczenia oraz pouczenie o prawie do złożenia wniosku o uchylenie ograniczenia do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się placówka.
- Ograniczenie doręcza się osobie przebywającej w placówce, a gdy jest ona osobą ubezwłasnowolnioną całkowicie, również jej przedstawicielowi ustawowemu. Doręczając ograniczenie, osoba kierująca placówką poucza osobę w niej przebywającą o prawie do złożenia wniosku o uchylenie ograniczenia.
- Informację o ograniczeniu osoba kierująca placówką przesyła do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się placówka, w terminie 3 dni od dnia doręczenia ograniczenia osobie przebywającej w placówce.
- Osoba przebywająca w placówce, w tym również osoba ubezwłasnowolniona, jej przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny w linii prostej, rodzeństwo oraz osoba sprawująca nad nią faktyczną opiekę mogą wystąpić do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się placówka, z wnioskiem o uchylenie ograniczenia.
- W sprawach dotyczących ograniczenia sąd opiekuńczy orzeka niezwłocznie po przeprowadzeniu rozprawy. Rozprawa powinna się

odbyć nie później niż w terminie 14 dni od dnia wpływu wniosku o uchylene ograniczenia.

- Za szkodę wyrządzoną przez niezgodne z prawem działanie w zakresie ograniczenia możliwości samodzielnego opuszczania terenu placówki przez osobę w niej przebywającą odpowiedzialność ponosi podmiot prowadzący placówkę.

- Usługi opiekuńcze powinny zapewniać:

- 1) pomoc w czynnościach życia codziennego, w miarę potrzeby pomoc w ubieraniu się, jedzeniu, myciu i kąpaniu;
- 2) organizację czasu wolnego;
- 3) pomoc w zakupie odzieży i obuwia;
- 4) pielęgnację w chorobie oraz pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych.

- Wojewoda prowadzi rejestr placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, który jest jawny, na bieżąco aktualizowany i udostępniany w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie internetowej urzędu wojewódzkiego. Rejestr zawiera:

- 1) numer placówki w rejestrze;
- 2) nazwę, adres i numer telefonu placówki;
- 3) nazwę podmiotu prowadzącego placówkę lub imię i nazwisko osoby prowadzącej placówkę;
- 4) przeznaczenie placówki;
- 5) liczbę miejsc przeznaczonych dla mieszkańców placówki;
- 6) czas, na jaki zostało wydane zezwolenie na prowadzenie placówki;
- 7) numer decyzji i datę wydania zezwolenia na prowadzenie placówki.

Procedura przyjęcia

Przyjęcie do placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku odbywa się bez wydawania decyzji administracyjnej. Osoba zainteresowana pobytem lub jej przedstawiciel ustawowy kontaktuje się bezpośrednio z wybraną placówką w celu ustalenia możliwości przyjęcia.

Każda placówka określa wymagane dokumenty.

Warunki pobytu, zakres świadczonych usług oraz termin przyjęcia ustalane są indywidualnie z placówką.

Odpłatność

Pobyt w placówce jest odpłatny. Wysokość opłaty ustalana jest indywidualnie przez podmiot prowadzący placówkę i określana z mieszkańcem lub jego przedstawicielem. Koszt pobytu zależy m.in. od rodzaju placówki, standardu zakwaterowania, zakresu świadczonych usług opiekuńczych oraz stanu zdrowia osoby wymagającej opieki. Szczegółowych informacji dotyczących wysokości opłat oraz warunków przyjęcia udziela wybrana placówka.

Podstawa prawna

- Ustawa o pomocy społecznej (art. 67 – 69)

➤ USŁUGA WSPARCIA KRÓTKOTERMINOWEGO: OPIEKA WYTCHNIENIOWA

OPIEKA WYTCHNIENIOWA to rządowy program czasowej pomocy dla opiekunów osób z niepełnosprawnościami.

Głównym celem Programu jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami niepełnosprawnymi posiadającymi:

orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności albo

orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem wymienionym w lit. a, zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2025 r. poz. 913)

- poprzez umożliwienie uzyskania doraźnej, czasowej pomocy w formie usługi opieki wytchnieniowej, tj. odciążenie od codziennych obowiązków łączących się ze sprawowaniem opieki nad osobą z niepełnosprawnością przez zapewnienie czasowego zastępstwa w tym zakresie.

Dzięki temu wsparciu, osoby zaangażowane na co dzień w sprawowanie opieki nad osobą z niepełnosprawnością dysponować

będą czasem, który mogą przeznaczyć na odpoczynek i regenerację, jak również na załatwienie niezbędnych spraw życiowych.

Usługi opieki wytchnieniowej mogą służyć również okresowemu zabezpieczeniu potrzeb osoby z niepełnosprawnością w sytuacji, gdy członkowie rodzin lub opiekunowie z różnych powodów nie będą mogli wykonywać swoich obowiązków.

Usługi opieki wytchnieniowej przysługują w przypadku zamieszkiwania członka rodziny lub opiekuna, we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego. W godzinach realizacji usług opieki wytchnieniowej nie mogą być świadczone inne formy pomocy usługowej, w tym: usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w Ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, usługi finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego lub innych źródeł.

III. ŚWIADCZENIA ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO

Pion zabezpieczenia społecznego obejmuje przede wszystkim świadczenia o charakterze finansowym.

Ich głównym celem w opiece długoterminowej nie jest bezpośrednie wykonywanie czynności fizycznych przy pacjencie (jak w pomocy społecznej czy medycynie), ale dostarczenie środków finansowych na pokrycie kosztów tej opieki lub rekompensatę za utratę dochodów przez opiekuna.

1. BON SENIORALNY

Choć technicznie realizowany za pośrednictwem struktur samorządowych, bon senioralny to systemowe świadczenie rzeczowo-finansowe z obszaru zabezpieczenia społecznego, realizowane przez gminę.

Ma formę wsparcia o określonej wartości rynkowej (niepieniężnej bezpośrednio dla seniora, ale opłacanej przez państwo).

Służy sfinansowaniu określonej liczby godzin usług wsparcia w codziennym życiu (higiena, zakupy, przygotowanie posiłków) dla osób 65+, których dzieci pracują i nie mogą zapewnić im opieki w tym czasie.

Usługi wsparcia w ramach bonu senioralnego obejmują zaspokajanie podstawowych potrzeb życia codziennego seniora, w szczególności:

- 1) pomoc w wykonywaniu codziennych czynności, takich jak ubieranie się, przygotowywanie posiłków, poruszanie się lub utrzymywanie porządku;
- 2) wsparcie w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych;
- 3) opiekę higieniczno-pielęgniacyjną;
- 4) zapewnienie kontaktów z otoczeniem, w tym aktywizację intelektualną lub ruchową.

Bon senioralny może być przyznany seniorowi, który ma niezaspokojone potrzeby w zakresie podstawowych czynności życia codziennego, którego średni miesięczny dochód w rozumieniu art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1208 oraz z 2026 r. poz. 203) w ostatnich trzech miesiącach poprzedzających złożenie wniosku nie przekracza kwoty 3410 zł.

Bon senioralny przysługuje, jeżeli senior ma miejsce pobytu lub zamieszkuje na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez okres, w którym korzysta z bonu senioralnego

Bon senioralny nie przysługuje seniorowi:

1) w przypadku, gdy na seniora jest ustalone prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego, świadczenia pielęgnacyjnego lub zasiłku dla opiekuna, o którym mowa w ustawie z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów (Dz. U. z 2024 r. poz. 246);

2) korzystającemu:

a) ze świadczenia wspierającego określonego w ustawie z dnia 7 lipca 2023 r. o świadczeniu wspierającym (Dz. U. poz. 1429 i 2760 oraz z 2025 r. poz. 619) lub

b) ze specjalistycznych usług opiekuńczych w ośrodkach wsparcia, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, lub

c) z usług opiekuńczych albo asystencji osobistej dofinansowanych z programów rządowych lub programów resortowych, lub

d) z całodobowej opieki świadczonej w domu pomocy społecznej określonej w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, lub

e) z całodobowej opieki stacjonarnej świadczonej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, lub

f) z całodobowej opieki świadczonej osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, o której mowa w art. 67–69 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, lub

g) z całodobowej opieki świadczonej przez podmiot inny niż wskazany w lit. d–f, lub

h) z instytucjonalnej opieki dziennej.

2. Bon senioralny może być przyznany seniorowi, jeżeli ww. usługa lub opieka, ma charakter doraźny i jednorazowo trwa nie dłużej niż 14 dni.

Podstawa prawna:

- Ustawa o koordynacji opieki długoterminowej i osobach starszych

2. ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNE DLA OSOBY NIESAMODZIELNEJ

To tradycyjne, comiesięczne wsparcie finansowe, które ma wspomóc budżet seniora w zakupie leków, środków higienicznych czy opłaceniu prywatnej pomocy:

➤ **DODATEK PIEŁĘGNACYJNY:**

Dodatek pielęgnacyjny przysługuje osobie uprawnionej do emerytury lub renty, jeżeli osoba ta została uznana za całkowicie niezdolną do pracy oraz do samodzielnej egzystencji albo ukończyła 75 lat życia, Osobie uprawnionej do emerytury lub renty przebywającej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dodatek pielęgnacyjny nie przysługuje, chyba że przebywa poza tą placówką przez okres dłuższy niż 2 tygodnie w miesiącu

Dodatek pielęgnacyjny wypłaca ZUS i KRUS.

Jeżeli osoba ubiega się o dodatek w ZUS:

- Z powodu wieku (ukończenie 75 lat): Nie składa się wniosku. ZUS przyznaje dodatek automatycznie z urzędu od miesiąca 75. urodzin.
- Z powodu stanu zdrowia (przed 75. rokiem życia): Należy złożyć Wniosek EDP (Wniosek o dodatek pielęgnacyjny). Do wniosku należy dołączyć druk OL-9 (Zaświadczenie o stanie zdrowia), które wypełnia lekarz prowadzący nie wcześniej niż miesiąc przed złożeniem wniosku.¹

Jeżeli osoba ubiega się o dodatek w KRUS:

- Z powodu wieku (ukończenie 75 lat): Nie składa się wniosku. KRUS przyznaje dodatek automatycznie z urzędu od miesiąca 75. urodzin.

¹ <https://www.zus.pl/dodatek-pielegnacyjny>

- Prawo do dodatku pielęgnacyjnego ustala się na podstawie wniosku i zaświadczenia o stanie zdrowia – druk KRUS N-14, jeśli lekarz rzeczoznawca Kasy lub komisja lekarska Kasy w orzeczeniu stwierdzi, że osoba jest całkowicie niezdolna do pracy oraz do samodzielnej egzystencji. Jeśli osoba przebywa w domu pomocy społecznej innym niż ponadgminny, pod warunkiem, że została do niego skierowana przed 1.01.2004 r. i ma ustaloną niezdolność do samodzielnej egzystencji, również będzie przysługiwał dodatek pielęgnacyjny. Status domu pomocy społecznej, nie jest istotny, jeżeli osoba została do niego skierowana po 31.12.2003 r.²

Informacje na temat warunków przyznawania dodatku pielęgnacyjnego do emerytury lub renty można uzyskać w każdej placówce ZUS i KRUS lub na stronie internetowej www.zus.pl, krus.info.pl

Podstawa prawna:

- USTAWA o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (art. 75) – ZUS;
- Ustawa o ubezpieczeniu społecznym rolników (art. 27) – KRUS

➤ ZASIŁEK PIELĘGNACYJNY

- Zasiłek pielęgnacyjny przyznaje się w celu częściowego pokrycia wydatków wynikających z konieczności zapewnienia opieki i pomocy innej osoby w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.
- Zasiłek pielęgnacyjny przyznaje się w celu częściowego pokrycia wydatków wynikających z konieczności zapewnienia opieki i pomocy innej osoby w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.
- zasiłek pielęgnacyjny przysługuje osobie niepełnosprawnej w wieku powyżej 16. roku życia, jeżeli legitymuje się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności;

² <https://www.gov.pl/web/krus/dodatek-pielegnacyjny>

- osobie, która ukończyła 75 lat.
- zasiłek pielęgnacyjny przysługuje także osobie niepełnosprawnej w wieku powyżej 16. roku życia legitymującej się orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, jeżeli niepełnosprawność powstała w wieku do ukończenia 21. roku życia.
- Zasiłek pielęgnacyjny nie przysługuje osobie umieszczonej w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie.
- Zasiłek pielęgnacyjny nie przysługuje, jeżeli członkom rodziny przysługują za granicą świadczenia na pokrycie wydatków związanych z pielęgnacją tych osób, chyba że przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dwustronne umowy o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej.
- Zasiłek pielęgnacyjny nie przysługuje osobie uprawnionej do dodatku pielęgnacyjnego.

Procedura:

CZĘŚĆ 1: Procedura dla seniora POWYŻEJ 75. roku życia

W przypadku osób, które ukończyły 75 lat, **nie jest wymagane** posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności. Jedynym kryterium jest wiek. Sposób postępowania zależy od tego, czy senior pobiera emeryturę/rentę.

Ścieżka A: Senior NIE POBIERA emerytury ani renty

Jeśli osoba po 75. roku życia nie ma prawa do emerytury lub renty z ZUS/KRUS, musi złożyć wniosek do gminy.

• Krok 1: Pobranie wniosku

Formularz *Wniosku o ustalenie prawa do zasiłku pielęgnacyjnego* można pobrać w swoim urzędzie gminy/MOPS lub wydrukować z oficjalnych stron rządowych.

• Krok 2: Przygotowanie dokumentów

Składając wniosek należy posiadać dokument tożsamości potwierdzający wiek seniora (np. dowód osobisty do wglądu).

• Krok 3: Złożenie dokumentów

Dokumenty należy złożyć w Miejskim lub Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej (MOPS/GOPS) bądź urzędzie miasta/gminy właściwym dla miejsca zamieszkania. Wniosek można złożyć osobiście, pocztą lub elektronicznie przez portal **Emp@tia**.

- **Okres przyznania:** Świadczenie przyznawane jest bezterminowo.

Ścieżka B: Senior POBIERA emeryturę lub rentę (ZUS / KRUS)

- **Brak procedury:** Taka osoba **nie składa wniosku** o zasiłek pielęgnacyjny w gminie.
- **Automatyzm:** ZUS lub KRUS automatycznie przyzna seniorowi *dodatek pielęgnacyjny* od miesiąca ukończenia 75 lat i dopisze go do comiesięcznej emerytury.

CZĘŚĆ 2: Procedura dla osoby dorosłej PONIŻEJ 75. roku życia

Kluczowy jest stan zdrowia i posiadanie odpowiedniego dokumentu medycznego.

Warunek konieczny

Osoba dorosła poniżej 75. roku życia musi posiadać **orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności** (lub dawne orzeczenie o I grupie inwalidzkiej), bądź orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności pod warunkiem, że niepełnosprawność powstała przed ukończeniem 21 roku życia.

• **Krok 1: Uzyskanie orzeczenia (jeśli brak)**

Jeśli osoba dorosła nie ma orzeczenia o znacznym stopniu, musi złożyć wniosek wraz z dokumentacją medyczną i zaświadczeniem lekarskim do **Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności (PZON)**. Następnie musi stanąć na komisję lekarską.

• **Krok 2: Wypełnienie wniosku o zasiłek**

Po otrzymaniu orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, należy pobrać i wypełnić *Wniosek o ustalenie prawa do zasiłku pielęgnacyjnego*.

• **Krok 3: Skompletowanie załączników**

Do wniosku należy załączyć:

- kopię orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności (oryginał do wglądu).
- Dokument tożsamości wnioskodawcy.

• **Krok 4: Złożenie wniosku w urzędzie**

Dokumenty należy złożyć w MOPS/GOPS lub w urzędzie gminy/miasta. Można też wysłać pocztą bądź złożyć elektronicznie przez portal **Emp@tia**.

Okres przyznania: Zasiłek zostanie przyznany na czas określony w orzeczeniu o niepełnosprawności (lub na stałe, jeśli orzeczenie jest stałe).

Podstawa prawna:

- ustawa o świadczeniach rodzinnych (art.16)

➤ **ŚWIADCZENIE WSPIERAJĄCE**

Celem świadczenia wspierającego jest udzielenie osobom niepełnosprawnym mającym potrzebę wsparcia pomocy służącej częściowemu pokryciu wydatków związanych z zaspokojeniem szczególnych potrzeb życiowych tych osób.

Świadczenie to **nie jest uzależnione od kryterium dochodowego** rodziny.

Aby ubiegać się o świadczenie wspierające, należy spełnić łącznie następujące warunki:

- Osoba uprawniona musi mieć ukończone **18 lat** (pełnoletność).
- Musi to być obywatel Polski, obywatel UE/EOG lub cudzoziemiec legalnie przebywający w Polsce z prawem do pracy (zgodnie z przepisami ustawy).
- Wymagane jest zamieszkiwanie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- Osoba musi najpierw uzyskać **decyzję ustalającą poziom potrzeby wsparcia**, w której poziom ten został określony na poziomie **od 70 do 100 punktów**.

Komu nie przysługuje świadczenie:

- osobie, która przebywa w domu pomocy społecznej, w rodzinnym domu pomocy, zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, w zakładzie karnym, zakładzie poprawczym, areszcie śledczym albo schronisku dla nieletnich;
- osobie, która jest uprawniona za granicą do świadczenia o podobnym charakterze do świadczenia wspierającego, chyba że dwustronne umowy o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej;
- osobie, na którą inna osoba (opiekun) jest uprawniona za granicą do otrzymywania świadczenia przeznaczonego na pokrycie wydatków związanych z opieką, chyba że dwustronne umowy o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej.

Proces udzielania świadczenia wspierającego jest podzielony pomiędzy dwie różne instytucje:

- **Krok 1: Wojewódzki Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności (WZON)**

WZON (odpowiedni dla miejsca zamieszkania osoby) wydaje **decyzję ustalającą poziom potrzeby wsparcia**. Tam eksperci (np. fizjoterapeuta, psycholog, pedagog) oceniają zdolność do samodzielnego funkcjonowania.

- **Krok 2: Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS)**

ZUS jest instytucją, która **przyjmuje wnioski o wypłatę pieniędzy, przyznaje świadczenie i przelewa je na rachunek bankowy**. Do ZUS-u należy złożyć wniosek dopiero po otrzymaniu ostatecznej decyzji z WZON o przyznaniu punktów.

Procedura

KROK 1

- Wniosek o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia, składa się w postaci:
 - 1) elektronicznej za pomocą systemu teleinformatycznego utworzonego przez ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego albo
 - 2) papierowej

- **Wniosek o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia składa się do wojewódzkiego zespołu.**

- **Wniosek może zostać złożony za pośrednictwem powiatowego zespołu.** Wniosek, jest przekazywany przez powiatowy zespół do wojewódzkiego zespołu nie później niż w terminie 7 dni od dnia otrzymania wniosku.

- Wojewódzki zespół zawiesza postępowanie o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia do dnia, gdy wydane przez właściwy organ orzeczenie o zaliczeniu do stopnia niepełnosprawności stanie się ostateczne.

- Wniosek o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia zawiera:

- 1) dane osoby ubiegającej się o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia lub dane przedstawiciela ustawowego tej osoby, obejmujące:

- a) imię i nazwisko,

- b) datę i miejsce urodzenia,

- c) numer PESEL, a w przypadku gdy nie nadano numeru PESEL - numer i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość,

- d) adres miejsca zameldowania,

- e) adres, o którym mowa w art. 4c ust. 2, jeżeli jest inny niż adres miejsca zameldowania,

- f) numer telefonu, jeżeli posiada,

- g) adres poczty elektronicznej, jeżeli posiada,

- h) dane o dokumencie tożsamości;

- 2) informację o posiadaniu, przez osobę ubiegającą się o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia, ostatecznego orzeczenia ustalającego stopień niepełnosprawności, wraz z ustalonym w nim symbolem przyczyny niepełnosprawności albo orzeczenia lekarza orzecznika ZUS, oraz osoby które przed 01.01.1998 zostały zaliczone do jednej z grup inwalidów, a orzeczenie nie utraciło mocy.

- 3) informację o złożeniu wniosku o wydanie orzeczenia ustalającego stopień niepełnosprawności;

- 4) informację o wyrażeniu zgody albo jej braku na ustalenie poziomu potrzeby wsparcia pod wskazanym adresem.

- Wniosek, składany przez osobę upoważnioną do reprezentowania pełnoletniej osoby niepełnosprawnej zawiera dodatkowo dane tej osoby upoważnionej,
- Do wniosku dołącza się wypełniony kwestionariusz samooceny trudności w zakresie wykonywania czynności związanych z funkcjonowaniem. Kwestionariusz, służy dokonaniu samooceny przez osobę ubiegającą się o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia w zakresie ograniczenia lub utraty jej autonomii fizycznej, psychicznej, intelektualnej lub sensorycznej w wykonywaniu określonych czynności, związanych z obszarami codziennego funkcjonowania, z uwzględnieniem oceny poszczególnych czynności wyrażonych w wartościach punktowych, oraz wskazaniem oczekiwanego wsparcia i jego częstotliwości.
- Wnioski, rozpatrywane są w terminie nie dłuższym niż 3 miesiące od dnia wpływu do wojewódzkiego zespołu.

Wyznaczenie terminu i miejsca ustalenia poziomu potrzeby wsparcia

- Zawiadomienie o terminie i miejscu ustalenia poziomu potrzeby wsparcia doręcza się osobie ubiegającej się o ustalenie poziomu potrzeby wsparcia, jej przedstawicielowi ustawowemu albo osobie upoważnionej do reprezentowania pełnoletniej osoby niepełnosprawnej nie później niż 7 dni przed dniem wyznaczonego terminu. O terminie i miejscu ustalenia poziomu potrzeby wsparcia zawiadamia się za zwrotnym potwierdzeniem odbioru.
- Wojewódzki zespół wyznacza miejsce ustalenia poziomu potrzeby wsparcia, biorąc pod uwagę informacje zawarte we wniosku o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia i kwestionariuszu samooceny trudności w zakresie wykonywania czynności związanych z funkcjonowaniem
- W uzasadnionych przypadkach lub na wniosek osoby zainteresowanej, informację o zawiadomieniu, można przekazać również telefonicznie albo za pośrednictwem wiadomości tekstowej albo za pośrednictwem poczty elektronicznej albo za pomocą systemu teleinformatycznego. Zawiadomienie powoduje skutki prawne, jeżeli nie ma wątpliwości, że dotarło ono do osoby zainteresowanej, jej przedstawiciela ustawowego albo osoby upoważnionej do

reprezentowania pełnoletniej osoby niepełnosprawnej we właściwej treści i w odpowiednim terminie. Z zawiadomienia telefonicznego sporządza się notatkę.

- W przypadku gdy nieobecność osoby zainteresowanej w miejscu i terminie ustalenia poziomu potrzeby wsparcia, wyznaczonym przez wojewódzki zespół w zawiadomieniu, została usprawiedliwiona ważnymi przyczynami lub zdarzeniami losowymi, zgłoszonymi przez osobę zainteresowaną w terminie 14 dni od dnia wyznaczonego terminu ustalenia poziomu potrzeby wsparcia, wojewódzki zespół:

- 1) wyznacza nowy termin ustalenia poziomu potrzeby wsparcia - w przypadku uznania usprawiedliwienia osoby zainteresowanej za uzasadnione;

- 2) pozostawia sprawę bez rozpoznania - w przypadku nieuznania usprawiedliwienia osoby zainteresowanej za uzasadnione.

- W przypadku gdy nieobecność osoby zainteresowanej w miejscu wyznaczonym przez wojewódzki zespół w zawiadomieniu, w terminie ustalenia poziomu potrzeby wsparcia, w postępowaniu o ponowne rozpatrzenie sprawy, została usprawiedliwiona ważnymi przyczynami lub zdarzeniami losowymi, zgłoszonymi przez osobę zainteresowaną w terminie 14 dni od dnia wyznaczonego terminu ustalenia poziomu potrzeby wsparcia, wojewódzki zespół:

- 1) wyznacza nowy termin ustalenia poziomu potrzeby wsparcia - w przypadku uznania usprawiedliwienia osoby zainteresowanej za uzasadnione;

- 2) pozostawia sprawę bez rozpoznania - w przypadku nieuznania usprawiedliwienia osoby zainteresowanej za uzasadnione.

Przeprowadzenie czynności oceniających

Czynności oceniające są realizowane przez skład ustalający w celu określenia poziomu potrzeby wsparcia osoby zainteresowanej. Cała procedura odbywa się w **jednym miejscu i czasie** i obejmuje trzy zintegrowane elementy: obserwację, wywiad bezpośredni oraz ocenę funkcjonowania

Procedura i weryfikacja:

- Przed przystąpieniem do badania skład ustalający dokonuje **weryfikacji tożsamości** osoby zainteresowanej

- Członkowie składu są zobowiązani, na żądanie osoby zainteresowanej, okazać dokument potwierdzający ich wyznaczenie do przeprowadzenia oceny
 - W przypadku ustalania poziomu wsparcia w siedzibie zespołu lub innym wyznaczonym miejscu, organ musi zapewnić warunki umożliwiające sprawne przeprowadzenie wszystkich czynności.
- Trzy filary oceny:

Obserwacja: polega na dokonaniu spostrzeżeń obejmujących zachowanie i sposób funkcjonowania osoby zainteresowanej oraz jej angażowanie się w wykonywanie dowolnych działań dotyczących czynności związanych z obszarami codziennego funkcjonowania, w celu dokonania oceny co do zdolności ich samodzielnego wykonania.

Wywiad bezpośredni: polega na uzyskaniu od osoby zainteresowanej informacji dotyczących jej zachowania i sposobu funkcjonowania, w wykonywaniu przez nią czynności związanych z obszarami codziennego funkcjonowania oraz jej angażowania się w ich wykonywanie, w celu dokonania oceny co do zdolności ich samodzielnego wykonania. W przypadku niemożności uzyskania od osoby zainteresowanej informacji, można uzyskać je od opiekuna faktycznego osoby zainteresowanej.

Ocena funkcjonowania: polega na wskazaniu wykonania, skierowanym bezpośrednio do osoby zainteresowanej, dowolnych działań dotyczących czynności związanych z obszarami codziennego funkcjonowania, oceniających sposób jej funkcjonowania i angażowanie się w ich wykonywanie, w celu dokonania oceny co do zdolności ich samodzielnego wykonywania.

Dokumentacja: Po zakończeniu czynności każdy członek składu sporządza pisemną opinię zawierającą uzyskane dane, co pozwala na wypełnienie formularza i ustalenie punktacji. W opinii odnotowuje się ewentualny fakt udzielania informacji przez opiekuna faktycznego.

Poziom potrzeby wsparcia ustala się w wartościach punktowych w skali od 0 do 100.

Próg punktowy uprawniający do świadczenia, wskazując, że musi on wynosić od 70 do 100 punktów.

- Członkowie składu ustalającego w terminie 7 dni od dnia przeprowadzenia czynności oceniających wypełniają wspólnie formularz, biorąc pod uwagę opinie oraz informacje wskazane przez osobę zainteresowaną w kwestionariuszu samooceny trudności w zakresie wykonywania czynności związanych z funkcjonowaniem. Formularz jest podpisywany przez wszystkich członków składu ustalającego.
- Decyzję ustalającą poziom potrzeby wsparcia skład ustalający podpisuje w terminie 14 dni od dnia wypełnienia formularza.
- W decyzji, ustala się poziom potrzeby wsparcia i wydaje się na okres, na który osoba została zaliczona do osób niepełnosprawnych na podstawie ostatecznego orzeczenia, ustalającego stopień niepełnosprawności, albo orzeczenia lekarza orzecznika ZUS, bądź grupy inwalidzkiej sprzed 01.01.1998 jeśli nie utraciło mocy – jednakże na okres nie dłuższy niż 7 lat.
- Jeżeli wniosek o wydanie kolejnej decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia został złożony w okresie ważności decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia, to zachowuje ona ważność do dnia, w którym kolejna decyzja ustalająca poziom potrzeby wsparcia stanie się ostateczna, nie dłużej jednak niż do ostatniego dnia szóstego miesiąca następującego po dacie określającej tę ważność.
- Od decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy do wojewódzkiego zespołu składany w terminie 14 dni od dnia doręczenia decyzji.
- W przypadku zmiany lub uchylecia orzeczenia, wojewódzki zespół z urzędu odpowiednio zmienia lub uchyla, w zakresie tej zmiany lub uchylecia, decyzję ustalającą poziom potrzeby wsparcia

Wydanie nowej decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia

- W przypadku zmiany zdolności do samodzielnego wykonywania określonych czynności związanych z codziennym funkcjonowaniem

oraz rodzaju wymaganego wsparcia osoba, w stosunku do której została wydana decyzja ustalająca poziom potrzeby wsparcia, może w każdym czasie wystąpić z wnioskiem o wydanie nowej decyzji.

- Wydanie nowej decyzji powoduje uchylenie, z dniem jej wydania, decyzji dotychczasowej.
- W przypadku gdy wniosek o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia nie zostanie rozpatrzony w okresie zaliczenia osoby do osób niepełnosprawnych wojewódzki zespół umarza postępowanie o wydanie decyzji.

Wysokość świadczenia wspierającego

Świadczenie wspierające przysługuje miesięcznie w wysokości:

- 1) 220% renty socjalnej - jeżeli w decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia potrzebę tę określono na poziomie od 95 do 100 punktów w skali potrzeby wsparcia
- 2) 180% renty socjalnej - jeżeli w decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia potrzebę tę określono na poziomie od 90 do 94 punktów w skali potrzeby wsparcia,
- 3) 120% renty socjalnej - jeżeli w decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia potrzebę tę określono na poziomie od 85 do 89 punktów w skali potrzeby wsparcia,
- 4) 80% renty socjalnej - jeżeli w decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia potrzebę tę określono na poziomie od 80 do 84 punktów w skali potrzeby wsparcia,
- 5) 60% renty socjalnej - jeżeli w decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia potrzebę tę określono na poziomie od 75 do 79 punktów w skali potrzeby wsparcia,
- 6) 40% renty socjalnej - jeżeli w decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia potrzebę tę określono na poziomie od 70 do 74 punktów w skali potrzeby wsparcia,

KROK 2

- Ustalenie prawa do świadczenia wspierającego oraz jego wypłata następują na wniosek osoby zainteresowanej, lub osoby upoważnionej do jej reprezentowania.

- Wniosek o ustalenie prawa do świadczenia wspierającego, składa się niewcześniejszej niż w miesiącu, w którym decyzja ustalająca poziom potrzeby wsparcia stała się ostateczna.

- Wniosek składa się do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Wniosek zawiera:

4. Wniosek zawiera:

- 1) dane dotyczące osoby zainteresowanej, a w przypadku gdy nie jest ona wnioskodawcą, również dane wnioskodawcy obejmujące: imię, nazwisko, nazwisko rodowe, datę urodzenia, adres miejsca zamieszkania, obywatelstwo, płeć, numer PESEL, a w przypadku gdy nie nadano numeru PESEL - numer i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość, adres poczty elektronicznej, numer telefonu, numer rachunku płatniczego w kraju lub numer wydanego w kraju instrumentu płatniczego.

- 2) oznaczenie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia, obejmujące w szczególności numer decyzji.

- Do wniosku dołącza się odpowiednio zaświadczenia lub oświadczenia oraz dowody niezbędne do ustalenia prawa do świadczenia wspierającego:

- 1) kartę pobytu - w przypadku cudzoziemca przebywającego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie zezwolenia na pobyt czasowy

- 2) kartę pobytu i decyzję o udzieleniu cudzoziemcowi zezwolenia na pobyt na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub inny dokument uprawniający cudzoziemca do pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który uprawnia do wykonywania pracy;

- 3) inne dokumenty, w tym oświadczenia, niezbędne do ustalenia prawa do świadczenia wspierającego.

- Informacje przedstawione we wniosku i załącznikach składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: "Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.". Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

• **Wniosek i załączniki są składane wyłącznie w postaci elektronicznej za pomocą:**

- 1) profilu informacyjnego utworzonego w systemie teleinformatycznym udostępnionym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych;
- 2) systemu teleinformatycznego banków krajowych oraz spółdzielczych kas oszczędnościowo-kredytowych świadczących usługi drogą elektroniczną,
- 3) systemu teleinformatycznego utworzonego przez ministra właściwego do spraw rodziny.

• **Osobie składającej wniosek i załączniki, która nie posiada profilu informacyjnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, profil ten zakłada Zakład Ubezpieczeń Społecznych.**

• Przyznanie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych świadczenia wspierającego nie wymaga wydania decyzji.

• Zakład Ubezpieczeń Społecznych udostępnia osobie ubiegającej się o świadczenie wspierające informację o przyznaniu tego świadczenia oraz o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego na jej profilu informacyjnym utworzonym w systemie teleinformatycznym udostępnionym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Informacja o przyznaniu świadczenia wspierającego oraz o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego lub zawiadomienie o umieszczeniu tej informacji oraz zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego na profilu informacyjnym mogą zostać przesłane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych osobie ubiegającej się o świadczenie wspierające na wskazany we wniosku adres poczty elektronicznej lub numer telefonu.

• Nieodebranie informacji o przyznaniu świadczenia wspierającego nie wstrzymuje wypłaty tego świadczenia.

• W sprawach odmowy przyznania świadczenia wspierającego, uchylenia lub zmiany prawa do świadczenia wspierającego oraz nienależnie pobranego świadczenia wspierającego Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydaje decyzję.

• Decyzje, postanowienia, zawiadomienia, wezwania, zaświadczenia, informacje i inne pisma w sprawie świadczenia wspierającego Zakład Ubezpieczeń Społecznych doręcza osobie ubiegającej się

o świadczenie wspierające i osobie pobierającej świadczenie wspierające wyłącznie w postaci elektronicznej na jej profilu informacyjnym utworzonym w systemie teleinformatycznym udostępnionym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Informacja o umieszczeniu na profilu informacyjnym decyzji, postanowienia, zawiadomienia, wezwania, zaświadczenia, informacji i innego pisma w sprawie świadczenia wspierającego może zostać przesłana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych osobie ubiegającej się o świadczenie wspierające lub osobie pobierającej świadczenie wspierające na wskazany we wniosku adres poczty elektronicznej lub numer telefonu.

- Decyzje, postanowienia, zawiadomienia, wezwania, zaświadczenia, informacje i inne pisma w sprawie świadczenia wspierającego uznaje się za doręczone:

- 1) w momencie ich odbioru przez osobę ubiegającą się o świadczenie wspierające lub osobę pobierającą świadczenie wspierające na profilu informacyjnym w systemie teleinformatycznym Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;

- 2) po upływie 14 dni od dnia umieszczenia decyzji, postanowienia, zawiadomienia, wezwania, zaświadczenia, informacji i innego pisma w sprawie świadczenia wspierającego na profilu informacyjnym w systemie teleinformatycznym Zakładu Ubezpieczeń Społecznych - w przypadku ich nieodebrania.

- Osoba ubiegająca się o świadczenie wspierające i osoba pobierająca świadczenie wspierające doręczają do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych pisma wyłącznie w postaci elektronicznej na swoim profilu informacyjnym utworzonym w systemie teleinformatycznym udostępnionym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Podwyższenie kwoty świadczenia wspierającego

- Podwyższenie kwoty świadczenia wspierającego w związku z podwyższeniem ustawowej wysokości renty socjalnej następuje z urzędu i nie wymaga wydania decyzji. Zakład Ubezpieczeń Społecznych udostępnia osobie pobierającej świadczenie wspierające informację o podwyższeniu tego świadczenia na jej profilu

informacyjnym utworzonym w systemie teleinformatycznym udostępnionym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Przesłanki zmiany lub uchylenia prawa do świadczenia wspierającego albo zmiany wysokości świadczenia

- Zakład Ubezpieczeń Społecznych może bez zgody strony zmienić lub uchylić prawo do świadczenia wspierającego lub zmienić jego wysokość, jeżeli:

- 1) po ustaleniu prawa zostaną przedłożone nowe dowody lub ujawniono nowe okoliczności mające wpływ na prawo do świadczenia wspierającego lub jego wysokość;
- 2) prawo zostało ustalone na podstawie fałszywych oświadczeń lub dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd przez osobę pobierającą to świadczenie;
- 3) prawo zostało ustalone w oparciu o inną decyzję lub orzeczenie sądu, które zostało następnie uchylone, zmienione albo stwierdzono jego nieważność;
- 4) ustalenie prawa do świadczenia wspierającego lub nieprawidłowe ustalenie jego wysokości nastąpiło na skutek błędu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Obowiązek informowania ZUS o zmianie informacji

- W przypadku zmiany informacji przekazanych we wniosku lub dołączonych do niego załącznikach osoba ubiegająca się o świadczenie wspierające lub pobierająca świadczenie wspierające jest obowiązana do powiadomienia o tym Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, na swoim profilu informacyjnym założonym w systemie teleinformatycznym udostępnionym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, w terminie 7 dni od dnia wystąpienia tych zmian.

Termin ustalenia prawa do świadczenia wspierającego

- Prawo do świadczenia wspierającego ustala się od miesiąca, w którym wpłynął wniosek.
- Jeżeli w okresie 3 miesięcy, licząc od dnia wydania decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia, zostanie złożony wniosek, prawo do świadczenia wspierającego ustala się od miesiąca, w którym

złożono wniosek o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia.

- Prawo do świadczenia wspierającego ustala się na czas ważności decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia, do ostatniego dnia miesiąca, w którym upływa termin ważności tej decyzji.
- Kwotę świadczenia wspierającego przysługującą za niepełny miesiąc ustala się, dzieląc kwotę świadczenia przez liczbę wszystkich dni kalendarzowych w tym miesiącu, a otrzymaną kwotę mnoży się przez liczbę dni kalendarzowych, za które świadczenie przysługuje.

Wypłata świadczenia wspierającego

- Zakład Ubezpieczeń Społecznych wypłaca świadczenie wspierające wyłącznie w formie bezgotówkowej na wskazany we wniosku numer rachunku płatniczego w kraju lub numer wydanego w kraju instrumentu płatniczego

Podsumowanie w pigułce:

Krok A: Uzyskanie decyzji z WZON (Ustalenie punktów)

1. **Przygotowanie wniosku o wydanie decyzji:** Formularz PPW (Wniosek o wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia).
2. **Dołączenie kwestionariusza:** Do wniosku należy dołączyć *Kwestionariusz samooceny trudności w zakresie wykonywania czynności codziennych*.
3. **Złożenie dokumentów:** Można je złożyć tradycyjnie (papierowo) w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności (PZON), który przekaże je do WZON, lub bezpośrednio w WZON (elektronicznie przez portal empatia.mpips.gov.pl).
4. **Ocena składu orzekającego:** Skład orzekający WZON umawia się na spotkanie w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością (lub za jej zgodą w siedzibie WZON), aby ocenić poziom funkcjonowania w oparciu o określone w rozporządzeniu czynności (np. poruszanie się, jedzenie, higiena).
5. **Otrzymanie decyzji:** WZON przysyła decyzję z określoną liczbą punktów (od 0 do 100).

Krok B: Złożenie wniosku do ZUS (Wypłata świadczenia)

1. **Złożenie wniosku:** Wniosek o ustalenie prawa do świadczenia wspierającego składa się najwcześniej w miesiącu, w którym decyzja WZON (z Kroku A) stała się ostateczna.
2. **Wyłącznie elektroniczna forma:** Wniosek wraz z ewentualnymi załącznikami (np. dokumentami pobytowymi w przypadku cudzoziemców) składa się **wyłącznie w postaci elektronicznej**. Osobie zainteresowanej, która nie posiada profilu w systemie teleinformatycznym ZUS, profil ten zakłada Zakład Ubezpieczeń Społecznych.
3. **Komunikacja i brak decyzji papierowej:** Przyznanie przez ZUS świadczenia wspierającego **nie wymaga wydania decyzji**. ZUS udostępnia osobie zainteresowanej informacje na jej profilu informacyjnym. Informacja ta może zostać przesłana również na wskazany we wniosku adres poczty elektronicznej lub numer telefonu.
4. **Wypłata i terminy:** Zakład Ubezpieczeń Społecznych wypłaca świadczenie wyłącznie w formie bezgotówkowej na wskazany we wniosku numer rachunku płatniczego w kraju lub numer krajowego instrumentu płatniczego.
5. **Obowiązek aktualizacji danych:** W przypadku zmiany informacji przekazanych we wniosku lub załącznikach, osoba zainteresowana (lub pobierająca świadczenie) jest obowiązana do powiadomienia o tym ZUS na swoim profilu informacyjnym w terminie 7 dni od dnia wystąpienia tych zmian.

➤ OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM NIEPRACUJĄCEJ OSOBY UDZIELAJĄCEJ WSPARCIA OSOBIE UPRAWNIONEJ DO ŚWIADCZENIA WSPIERAJĄCEGO

Za osobę, która nie podejmuje zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej ze względu na potrzebę udzielania wsparcia osobie, wspólnie z nią zamieszkującej i gospodarującej, Zakład Ubezpieczeń Społecznych opłaca składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe z ubezpieczenia społecznego oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne. Prawo do objęcia ubezpieczeniami emerytalnymi i

rentowymi oraz ubezpieczeniem zdrowotnym przysługuje tylko jednej osobie. (art. 6 ustawy o świadczeniu wspierającym)

Podstawa Prawna:

- Ustawa o świadczeniu wspierającym
- Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
- Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych
- Rozporządzenie w sprawie ustalania poziomu potrzeby wsparcia
- Rozporządzenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 11 grudnia 2023 r. w sprawie wzoru wniosku i kwestionariusza

➤ ŚWIADCZENIE UZUPELNIAJĄCE

Celem świadczenia uzupełniającego jest dodatkowe wsparcie dochodowe osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji.

Osoby uprawnione do świadczenia uzupełniającego

Świadczenie uzupełniające przysługuje osobom zamieszkującym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli są:

1. obywatelami Rzeczypospolitej Polskiej lub
2. posiadającymi prawo pobytu lub prawo stałego pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej obywatelami państw członkowskich Unii Europejskiej, państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej, lub
3. cudzoziemcami legalnie przebywającymi na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Ponadto

- osoba musi mieć ukończone 18 lat,
- posiadać ostateczne orzeczenie potwierdzające niezdolność do samodzielnej egzystencji; może to być:
 - orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji,

- orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji,
- orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym i niezdolności do samodzielnej egzystencji,
- orzeczenie o całkowitej niezdolności do służby i niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Kryterium dochodowe i coroczna waloryzacja

Suma pobieranych świadczeń finansowanych ze środków publicznych (np. emerytury, renty) oraz świadczeń z zagranicznych instytucji nie może przekraczać **aktualnego limitu dochodowego** (ogłaszanego co roku przez Prezesa ZUS) brutto miesięcznie przed dokonaniem jakichkolwiek odliczeń.

- **Zasada corocznej waloryzacji:** Kryterium dochodowe nie jest stałe. Zmienia się ono **każdego roku od 1 marca** (jest podwyższane o wskaźnik waloryzacji emerytur i rent).
- **Automatyczne przeliczenie:** Osoby już pobierające świadczenie nie muszą co roku składać nowego wniosku – ZUS automatycznie dostosowuje wysokość wypłaty do nowego progu.

Przy obliczaniu limitu dochodowego NIE wlicza się:

- Świadczenia wspierającego (pobieranie świadczenia wspierającego nie blokuje prawa do świadczenia uzupełniającego).
- Zasiłku pielęgnacyjnego.
- Dodatku energetycznego i osłonowego (w tym bonu energetycznego i ciepłowniczego).
- Dodatku węglowego oraz innych dopłat do źródeł ciepła (elektryczne, gazowe).
- Renty rodzinnej przyznanej osobom, które stały się całkowicie niezdolne do pracy przed ukończeniem nauki (do 25. roku życia).
- Świadczenia ratowniczego dla strażaków ochotników (OSP).
- Świadczenia dla sołtysów.
- Innych świadczeń o charakterze jednorazowym.

Procedura

- Ustalenie prawa do świadczenia uzupełniającego następuje na wniosek osoby uprawnionej składany odpowiednio do organu wypłacającego świadczenie emerytalno-rentowe albo rentę socjalną, a w przypadku pozostałych osób uprawnionych - do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
- Wniosek zawiera:
 1. dane osoby uprawnionej: imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL (lub serię i numer dokumentu tożsamości), adres zamieszkania/pobytu oraz adres do korespondencji;
 2. inne informacje niezbędne do ustalenia prawa do świadczenia;
 3. wskazanie sposobu wypłaty świadczenia wraz z danymi do przelewu/przekazu;
 4. podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika.

Do wniosku należy załączyć:

1. orzeczenie (chyba że organ właściwy już je posiada);
2. w przypadku osób uprawnionych do emerytury/renty zagranicznej – dokument potwierdzający prawo do tych świadczeń i ich wysokość brutto;
3. **Oświadczenie o innych pobieranych świadczeniach:** pisemna informacja o sytuacji finansowej w zakresie innych świadczeń publicznych. Należy wybrać jedną z dwóch opcji:
 - **Opcja A:** Oświadczenie, że osoba zainteresowana nie pobiera żadnych innych świadczeń publicznych.
 - **Opcja B:** Oświadczenie o posiadaniu prawa do takich świadczeń. Należy wtedy wymienić: dokładną nazwę każdego świadczenia, nazwę organu przyznającego oraz miesięczną kwotę brutto. *Ważne: należy wymienić wszystkie pobierane świadczenia.*
- Ustalenie prawa do świadczenia następuje w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia wyjaśnienia ostatniej okoliczności niezbędnej do wydania decyzji.

Reguły finansowe i wysokość wypłaty

Faktyczna kwota wypłaty zależy od wysokości innych pobieranych świadczeń publicznych (brutto) i opiera się na poniższych zasadach:

- **Maksymalna kwota:** Wynosi zawsze **500 zł miesięcznie** (ta kwota nie podlega corocznej waloryzacji).
- **Pełne 500 zł:** Przysługuje, gdy suma pozostałych dochodów publicznych osoby zainteresowanej jest **niższa niż próg uprawniający do pełnej kwoty** (jest to kwota aktualnego limitu łącznego pomniejszona o 500 zł).
- **Mechanizm „złotówka za złotówkę”:** Jeżeli suma pozostałych dochodów przekracza próg pełnego świadczenia, ale mieści się w granicach maksymalnego limitu łącznego, świadczenie uzupełniające zostaje odpowiednio zmniejszone. Osoba zainteresowana otrzymuje **różnicę między aktualnym limitem łącznym a swoim dochodem brutto**.
- **Brak wypłaty:** Jeżeli suma innych świadczeń publicznych jest wyższa niż aktualny limit łączny, świadczenie uzupełniające nie przysługuje.

Decyzje w sprawie świadczenia uzupełniającego

Przyznanie prawa do świadczenia uzupełniającego, odmowa prawa, zmiana jego wysokości oraz stwierdzenie ustania prawa następuje w drodze decyzji administracyjnej.

Termin, od którego przysługuje świadczenie uzupełniające

Świadczenie uzupełniające przysługuje od miesiąca, w którym zostały spełnione warunki wymagane do jego przyznania, nie wcześniej niż od miesiąca, w którym zgłoszono wniosek o to świadczenie.

Podstawa prawna

- Ustawa z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji.

➤ **ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE ORAZ ICH REFUNDACJA**

Refundacja wyrobów medycznych

- Świadczeniobiorcom przysługuje, zaopatrzenie w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej, oraz ich naprawa.
- Udział środków publicznych w cenie wyrobu medycznego nie może być niższy niż kwota stanowiąca 50 % jego limitu finansowania ze środków publicznych,
- Limit finansowania ze środków publicznych określony dla naprawy wyrobu medycznego może być wykorzystany przez świadczeniobiorcę do dokonania naprawy tego wyrobu w ustalonym dla niego okresie użytkowania. W przypadku dokonania naprawy i wykorzystaniu części lub całości tego limitu okres użytkowania wyrobu medycznego ulega wydłużeniu proporcjonalnie do wykorzystanej części limitu naprawy, z zaokrągleniem w dół do pełnego miesiąca.
- Zlecenia na zaopatrzenie i zlecenia naprawy są wystawiane w postaci elektronicznej. W przypadku braku dostępu do serwisów internetowych lub usług informatycznych Funduszu, zlecenie wystawia się w postaci papierowej.
- Zlecenie na zaopatrzenie zawiera w szczególności:
 - 1) dane świadczeniobiorcy:
 - a) imię albo imiona i nazwisko,
 - b) (uchylona)
 - c) numer PESEL, a w przypadku jego braku - datę urodzenia, płeć oraz serię i numer paszportu albo numer innego dokumentu stwierdzającego tożsamość,
 - d) informacje o uprawnieniach dodatkowych;
 - 2) dane podmiotu, w ramach którego wystawiono zlecenie;
 - 3) dane osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia;
 - 4) dane świadczeniodawcy realizującego zlecenie;
 - 5) określenie wyrobu medycznego będącego przedmiotem zaopatrzenia wraz z uzasadnieniem obejmującym jednostkowe dane medyczne świadczeniobiorcy;
 - 6) dodatkowe wskazania;

- 7) potwierdzenie uprawnienia do zaopatrzenia wnioskowanym wyrobem medycznym;
 - 8) potwierdzenie wydania wyrobu medycznego u świadczeniodawcy, w tym dane wydanego wyrobu medycznego;
 - 9) dane osoby odbierającej wyrób medyczny:
 - a) imię albo imiona i nazwisko,
 - c) numer PESEL, a w przypadku jego braku - serię i numer paszportu albo numer innego dokumentu stwierdzającego tożsamość.
- Zlecenie naprawy zawiera w szczególności:
 - 1) dane świadczeniobiorcy:
 - a) imię albo imiona i nazwisko,
 - c) numer PESEL, a w przypadku jego braku - datę urodzenia, płeć oraz serię i numer paszportu albo numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
 - 2) określenie wyrobu medycznego będącego przedmiotem naprawy wraz z uzasadnieniem obejmującym jednostkowe dane medyczne świadczeniobiorcy;
 - 3) dane świadczeniodawcy realizującego zlecenie;
 - 4) potwierdzenie uprawnienia do naprawy wyrobu medycznego;
 - 5) potwierdzenie naprawy wyrobu medycznego u świadczeniodawcy, w tym dane naprawionego wyrobu medycznego;
 - 6) dane osoby odbierającej naprawiony wyrób medyczny:
 - a) imię albo imiona i nazwisko,
 - c) numer PESEL, a w przypadku jego braku - serię i numer paszportu albo numer innego dokumentu stwierdzającego tożsamość.
 - Zlecenie na zaopatrzenie i zlecenie naprawy w postaci papierowej wystawiane zgodnie ze wzorem uproszczonym zawiera co najmniej numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku - datę urodzenia, płeć oraz serię i numer paszportu albo serię i numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość. Zlecenie na zaopatrzenie i zlecenie naprawy w postaci elektronicznej może także zawierać uproszczony zakres danych,

- W celu potwierdzenia zrealizowania zaopatrzenia w zakresie wyrobów medycznych, Fundusz może zwrócić się do świadczeniobiorcy o informację dotyczącą udzielonego mu świadczenia przez świadczeniodawcę.

Procedura uzyskania refundacji:

1. Wizyta u osoby uprawnionej: Należy zgłosić się do lekarza, lekarza POZ, pielęgniarki opieki długoterminowej lub fizjoterapeuty. Specjalista ocenia stan zdrowia pacjenta i wystawi zlecenie.
2. Do realizacji zakupu wyrobu medycznego wymagany jest numer zlecenia oraz PESEL pacjenta. Zakupu można dokonać w aptece bądź sklepie medycznym, który posiada podpisaną umowę z NFZ.

Podstawa prawna:

- ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych,
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie,

➤ DOFINANSOWANIE ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY, PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

O dofinansowanie ze środków Funduszu zaopatrzenia w **sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze** mogą ubiegać się:

Osoby niepełnosprawne – stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, jeżeli:

- a) **Spełniają kryterium dochodowe:** przeciętny miesięczny dochód (w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych), podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza kwoty:
 - **50% przeciętnego wynagrodzenia** na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym,
 - **65% przeciętnego wynagrodzenia** w przypadku osoby samotnej.

(Przeciętne wynagrodzenie oznacza przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale, obowiązujące od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym RP „Monitor Polski”).

ORAZ DODATKOWO (w zależności od rodzaju wniosku):

- b) W przypadku sprzętu rehabilitacyjnego:** zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu.
 - c) W przypadku przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych:** przedmioty te są przyznawane na podstawie odrębnych przepisów (co oznacza, że pacjent musi najpierw posiadać ważne i potwierdzone zlecenie na dany wyrób medyczny z Narodowego Funduszu Zdrowia).
- Dofinansowanie zadań ze środków Funduszu następuje na pisemny wniosek złożony do powiatowego centrum pomocy rodzinie właściwego dla: miejsca zamieszkania osoby niepełnosprawnej; Do wniosku dołącza się:
 - 1) kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, bądź kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.,
 - 2) w przypadku zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze:
 - a) fakturę określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup, wraz z potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, albo
 - b) kopię zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofertą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia

zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji.

- Osoba niepełnosprawna może złożyć wniosek o dofinansowanie ze środków Funduszu na zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, w każdym czasie.
- Właściwa jednostka organizacyjna samorządu terytorialnego w terminie 10 dni od dnia złożenia wniosku informuje podmiot, który złożył wniosek, o występujących we wniosku uchybieniach, które powinny zostać usunięte w terminie 30 dni. Nieusunięcie ich w wyznaczonym terminie powoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
- Właściwa jednostka organizacyjna samorządu terytorialnego rozpatruje wniosek w terminie 30 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku..
- W przypadku gdy właściwa jednostka organizacyjna samorządu terytorialnego poweźmie wątpliwość odnośnie do podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania, wzywa wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.
- W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku złożonego wraz z dokumentami, właściwa jednostka organizacyjna samorządu terytorialnego wystawia zaświadczenie o wysokości przyznanego dofinansowania zawierające:
 - 1) nieprzekraczalny termin dostarczenia przez wnioskodawcę dokumentów, tj. fakturę określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup, wraz z potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- Wysokość dofinansowania zaopatrzenia:

1) w sprzęt rehabilitacyjny wynosi do 80% kosztów tego sprzętu, nie więcej jednak niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia;

2) w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wynosi:

a) do 100% udziału własnego osoby niepełnosprawnej w limicie ceny ustalonym na podstawie odrębnych przepisów, jeżeli taki udział jest wymagany,

b) do 150% sumy kwoty limitu, wyznaczonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz wymaganego udziału własnego osoby niepełnosprawnej w zakupie tych przedmiotów i środków, jeżeli cena zakupu jest wyższa niż ustalony limit.

3. W przypadku osób przebywających w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej wysokość dofinansowania zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oblicza się przez odjęcie od uzyskanej sumy kwoty, opłaty ryczałtowej i częściowej odpłatności do wysokości limitu ceny pokrywanej przez jednostkę organizacyjną pomocy społecznej.

Podstawa prawna:

- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków państwowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

IV. Świadczenia opieki długoterminowej realizowane na terenie powiatu ostrzeszowskiego

I. ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

1. ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY (ZOL)

Adres: Ostrzeszowskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

Aleja Wolności 4, 63-500 Ostrzeszów

Istota i charakter usług

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy funkcjonuje w strukturach Ostrzeszowskiego Centrum Zdrowia. Obecnie szpital dysponuje 10 łózkami. Opiekę nad osobami chorymi sprawuje lekarz oraz pielęgniarki.

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy zapewnia całodobową opiekę osobom przewlekle chorym, niepełnosprawnym oraz wymagającym stałego nadzoru medycznego, pielęgnacji i rehabilitacji.

Celem jest poprawa jakości życia pacjentów oraz przygotowanie ich – w miarę możliwości – do samodzielnego funkcjonowania.

Zakres świadczonej pomocy

- opieka lekarska, pielęgniarska i rehabilitacyjna,
- terapia zajęciowa, wsparcie psychologa, logopedy i neurologa,
- kontynuacja leczenia farmakologicznego i dietetycznego,
- troskliwa opieka sprawowana przez wykwalifikowany personel.

Warunki pobytu

ZOL dysponuje przytulnymi salami trzyosobowymi, gabinetem rehabilitacyjnym, pokojem terapii zajęciowej i dziennego pobytu,

a także pomieszczeniami socjalnymi dostosowanymi do potrzeb pacjentów.

Oddział wyposażony jest m.in. w łóżka rehabilitacyjne, materace przeciwoleżynowe, sprzęt do nauki chodzenia i ćwiczeń usprawniających.

Kto może skorzystać z opieki?

Do zakładu może zostać przyjęta osoba wymagająca całodobowej opieki, która w ocenie wg **skali Barthel** uzyskała od 0 do 40 punktów. Wymagane dokumenty (wniosek, skierowanie, ocena Barthel, wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie) dostępne są na stronie szpitala w zakładce **Dokumenty do pobrania**.

Koszty

Leczenie i rehabilitacja są finansowane przez **NFZ**. Pacjent pokrywa koszt wyżywienia i zakwaterowania w wysokości **70% miesięcznego dochodu**.

Kontakt i odwiedziny

Pacjenci mają prawo do kontaktu z rodziną i bliskimi. Informacji o stanie zdrowia udziela Kierownik Zakładu we wtorki i czwartki w godz. 14:00–16:00.

Zakres wykonywanych czynności przy Pacjencie:

- Opieka lekarska i pielęgniarska nad osobami przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi,
- Zapewnienie kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego pacjentom przebywającym w zakładzie,
- Rehabilitacja i terapia zajęciowa,
- Opieka logopedyczna

Kontakt

- **Sekretariat szpitala**
e-mail: sekretariat@szpital.ostreszow.pl
tel.: (62) 503 22 36
FAX: (62) 503 22 80

Adres skrytki ePUAP: /OCZ/SkrytkaESP

Adres e-Doręczeń: AE:PL-83140-32497-CFATG-17

NIP: 881 149 18 98

REGON: 000310255

KRS: 0000581206

Numer świadczeniodawcy NFZ: 150000024

BDO: 000122501

- **Sekretariat oddziału ZOL:**

tel.: 62 503 22 85

e-mail: zol@szpital.ostreszow.pl³

www.szpital.ostreszow.pl

2. ODDZIAŁ MEDYCYNY PALIATYWNEJ

Adres: Ostrzeszowskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

Aleja Wolności 4, 63-500 Ostrzeszów

Istota i charakter usług

Oddział Medycyny Paliatywnej sprawuje wielodyscyplinarną opiekę medyczną nad chorymi z zaawansowanymi i postępującymi schorzeniami. Celem działań medycyny paliatywnej jest wszechstronna i całościowa opieka oraz poprawianie jakości życia osób w fazie nieuleczalnych, postępujących chorób. Uzyskujemy to poprzez:

- złagodzenie objawów choroby,
- eliminowanie bólu,
- wsparcie psychiczne i duchowe chorego oraz jego najbliższych.

Zakres świadczonej pomocy

Wykwalifikowany personel zapewnia profesjonalną i troskliwą opiekę. Najważniejszym celem jest poprawienie jakości życia chorych i ich rodzin w trudnym dla nich okresie życia. Oddział Medycyny Paliatywnej dysponuje salami dwu- i trzyosobowymi i posiada 29 łóżek.

³ <https://szpital.ostreszow.pl/zaklad-opiekunczo-leczniczy/>

Kto może skorzystać z opieki? (Wykaz chorób kwalifikujących)

Wykaz jednostek chorobowych kwalifikujących do hospitalizacji w Oddziale Medycyny Paliatywnej w Ostrzeszowskim Centrum Zdrowia Sp. z o.o.:

3. Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (H IV) – Kod ICD-10: B20-B24
4. Nowotwory – Kod ICD 10: C00-D48
5. Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu – Kod ICD-10: G09
6. Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy - Kod ICD 10 G10-G13
7. Kardiomiopatia, Kod ICD 10 I42-I43
8. Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej, kod ICD 10: J96
9. Owrzodzenie odleżynowe, Kod ICD 10: L89

Kontakt

- **Sekretariat szpitala**

e-mail: sekretariat@szpital.ostrzeszow.pl

tel.: (62) 503 22 36

FAX: (62) 503 22 80

Adres skrytki ePUAP: /OCZ/SkrytkaESP

Adres e-Doręczeń: AE:PL-83140-32497-CFATG-17

NIP: 881 149 18 98

REGON: 000310255

KRS: 0000581206

Numer świadczeniodawcy NFZ: 150000024

BDO: 000122501

- **Sekretariat oddziału:**

tel. 62 503 22 85

www.szpital.ostrzeszow.pl

pal@szpital.ostrzeszow.pl ⁴

⁴ <https://szpital.ostrzeszow.pl/oddzialy/oddzial-medycyny-paliatywnej/>

3. HOSPICJUM DOMOWE

Adres: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Pomoc”, ul. Powstańców Wielkopolskich 31, 63-500 Ostrzeszów,

Kontakt / Rejestracja: tel. 62 730 38 75 oraz 887 160 150

Koszt: Bezpłatnie (świadczenia w pełni refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia).

Istota i charakter usług

Usługa jest skierowana do osób cierpiących na przewlekłe, zaawansowane i niepoddające się leczeniu przyczynowemu choroby. Opieka medyczna i wspierająca realizowana jest bezpośrednio w domu pacjenta, co pozwala mu przebywać w bezpiecznym, znanym otoczeniu bliskich. Działania personelu skupiają się na zapobieganiu powikłaniom, leczeniu bólu oraz łagodzeniu innych uciążliwych objawów somatycznych.

Zakres świadczonej pomocy

- **Wizyty specjalistów:** Regularne wizyty lekarzy oraz pielęgniarek specjalizujących się w opiece paliatywnej.
- **Wsparcie dodatkowe:** W razie potrzeby pacjenta odwiedza rehabilitant, a cała rodzina może skorzystać z pomocy wykwalifikowanego psychologa.

Kto może skorzystać z opieki? (Wykaz chorób kwalifikujących)

Opieką mogą zostać objęci pacjenci dorośli zmagający się z postępującymi, nieuleczalnymi schorzeniami, takimi jak:

- Nowotwory
- Choroba wywołana przez wirus HIV
- Następstwa chorób zapalnych ośrodkowego układu nerwowego
- Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy
- Niektóre rodzaje niewydolności oddechowej
- Kardiomiopatia
- Owrzodzenia spowodowane odleżynami

Procedura przyjęcia i wymagane dokumenty

1. Skierowanie lekarskie:

Podstawą objęcia opieką jest skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ) – może to być lekarz rodzinny, onkolog lub lekarz specjalista prowadzący chorego w szpitalu.

Ważne: Na skierowaniu musi znaleźć się wyraźna adnotacja o **zakończeniu leczenia przyczynowego** oraz informacje o przebiegu choroby, wyniki badań i dane z wywiadu lekarskiego. Lekarz kierujący pozostawia wybór placówki pacjentowi i jego bliskim.

2. Komplet dokumentów do rejestracji:

Zgłaszając pacjenta do hospicjum domowego, należy przygotować:

4. Oryginał skierowania od lekarza
5. Dowód osobisty pacjenta
6. Dotychczasową dokumentację medyczną chorób pacjenta
7. Pisemną zgodę chorego lub jego opiekuna prawnego na objęcie opieką hospicyjną

3. Czas oczekiwania:

Skierowanie należy dostarczyć do placówki jak najszybciej. W przypadku braku wolnych miejsc, hospicjum ma obowiązek wskazać inną placówkę świadczącą takie usługi w danym rejonie.⁵

4. ŚWIADCZENIA W FORMIE PIEŁĘGNIARSKIEJ OPIEKI DOMOWEJ

NZOZ SALUS spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa Ostrzeszów

Telefon do rejestracji 62 501 24 34
telefon do informacji: 508 100 955⁶

⁵ <https://www.facebook.com/nzoz.pomoc/posts/od-1102022r-dzia%C5%82a-w-naszej-przychodni-hospicjum-domowed%C5%82ugoterminowa-opieka-pie/517789676849273/>

⁶ <https://gsl.nfz.gov.pl/GSL/GSL/Uniwersalne>

2. ŚWIADCZENIA POMOCY SPOŁECZNEJ W ZAKRESIE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

1. USŁUGI ŚWIADCZONE W MIEJSCU ZAMIESZKANIA (GMINNE/MIEJSKIE) tj.

- usługi opiekuńcze,
- specjalistyczne usługi opiekuńcze,
- specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- usługi sąsiedzkie,

są realizowane przez ośrodki pomocy społecznej właściwe dla miejsca zamieszkania osoby chcącej skorzystać ze świadczenia.

- **Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Ostrzeszowie**

Ul. Zamkowa 31, 63-500 Ostrzeszów,

Tel.: 62 732 06 35 – sekretariat

Adres do e-doręczeń: AE:PL-15981-76565-GCDAB-22

e-mail: mgops@ostrzeszow.pl

strona internetowa: <https://mgopsostrzeszow.naszops.pl/>

- **Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Mikstacie**

ul. Kościuszki 4, 63-510 Mikstat

Tel./fax (62) 731 95 05, 731 05 19

e-mail: mgops@mgopsmikstat.pl

e-doręczenia: AE:PL-45910-22064-AGSWR-32

- **Miejsko Gminny - Ośrodek Pomocy Społecznej w Grabowie nad Prosną**

ul. Kaliska 22, 63-520 Grabów nad Prosną

tel. 62 730 59 59

e-mail: opsgrabow@grabownadprosna.com.pl

adres do e-Doręczeń: AE:PL-45794-29852-DUHVA-21

- **Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kobylej Górze**

Pl. Wiosny Ludów 25, 63 – 507 Kobyla Góra

Tel. 62 731 63 06

gops@kobyła-góra.pl

Adres do e-Doręczeń: AE:PL-46277-33756-EIVWF-34

- **Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kraszewicach**

ul. Wieluńska 55, 63-522 Kraszewice

tel.: 62 300 91 00

e-mail: gops@kraszewice.pl

adres do e-Doręczeń: AE:PL-31076-65163-HSFSE-30

- **Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Doruchowie**

ul. Kępińska 13, 63-505 Doruchów

telefon: 62 731 56 76, 603 379 407

e-mail: gops@doruchow.pl

adres do e-Doręczeń: AE:PL-23410-26642-SDBTJ-33

- **Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Czajkowie**

63-524 Czajków 16

Tel.: 62 731 10 49

gops@czajkow-gmina.pl

AE:PL-44762-49044-SVRRH-17

2. USŁUGI W OŚRODKACH WSPARCIA DZIENNEGO

- **Środowiskowy Dom Samopomocy w Ostrzeszowie**

ul. Tadeusza Kościuszki 2, 63-500 Ostrzeszów

Telefon: +48 62 732 06 40

e-mail: sds@ostrzeszow.pl

adres do e-Doręczeń AE:PL-77962-68555-IGWHT-15

strona internetowa:

[https://mgopsostrzeszow.naszops.pl/osrodki-](https://mgopsostrzeszow.naszops.pl/osrodki-wsparcia/srodowiskowy-dom-samopomocy)

[wsparcia/srodowiskowy-dom-samopomocy](https://mgopsostrzeszow.naszops.pl/osrodki-wsparcia/srodowiskowy-dom-samopomocy)

- **Środowiskowy Dom Samopomocy w Doruchowie**

ul. Rolna 5, 63-505 Doruchów

Telefon: 62 731 50 20

sds.doruchow@wp.pl

- **Środowiskowy Dom Samopomocy w Kuźnicy Grabowskiej**

Kuźnica Grabowska 100, 63-520 Grabów nad Prosną

Tel.: 62 731 21 35

sdszkuznicagrabowska@wp.pl

- **Dzienny Dom Pomocy Społecznej „WRZOS”**

Ul. Pocztowa 2, 63-500 Ostrzeszów

(62) 307 12 00 lub (62) 732 06 41

E-mail: ddps@ostrzeszow.pl

- **Dom Pomocy Społecznej w Marszałkach dla osób przewlekle somatycznie chorych.**

Marszałki 15, 63-520 Grabów nad Prosną

tel. 62 732 07 00

e-mail: dps@dpsmarszalki.pl

adres e-doręczenia: AE:PL-43890-97198-TDBRU-15

DPS w Marszałkach realizuje również:

- opiekę krótkoterminową,
- opiekę wytchnieniową.

Świadczenia usług wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego dla osób pełnoletnich, wymagających wsparcia z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niebędących mieszkańcami domu. Krótkoterminowe całodobowe pobyty mogą służyć również okresowej opiece nad osobą z niepełnosprawnością w sytuacji, gdy członkowie rodzin lub opiekunowie z różnych powodów nie będą mogli wykonywać swoich obowiązków.

Na świadczenie usług wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego w DPS Marszałki przeznaczone zostały 2 miejsca.

Usługi wsparcia krótkoterminowego są przyznawane osobie, która ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymaga doraźnej pomocy w formie pobytu całodobowego, ze względu na czasowe ograniczenie możliwości zapewnienia właściwego wsparcia w miejscu zamieszkania przez osoby na co dzień sprawujące opiekę nad tą osobą.

Rodzaj i zakres usług wsparcia krótkoterminowego uzależniony jest od sytuacji osoby wymagającej wsparcia oraz jej indywidualnych potrzeb. Usługi wsparcia krótkoterminowego realizowane w formie pobytu całodobowego będą adekwatne do zakresu usług realizowanych przez dom pomocy społecznej na rzecz mieszkańców. Usługi wsparcia krótkoterminowego realizowane w formie pobytu całodobowego mogą być przyznane na czas określony nie dłuższy niż 30 dni w roku kalendarzowym, z możliwością przedłużenia pobytu w szczególnie uzasadnionych przypadkach, o nie więcej niż kolejne 30 dni w roku kalendarzowym.

Usługi wsparcia krótkoterminowego całodobowego świadczone przez Dom Pomocy Społecznej w Marszałkach obejmują:

1) W zakresie potrzeb bytowych:

- a) zapewnienie miejsca zamieszkania,
- b) zapewnienie wyżywienia,
- c) utrzymanie czystości.

2) W zakresie świadczenia usług opiekuńczych:

- a) pomoc w podstawowych czynnościach życiowych,
- b) pielęgnację.

3) W zakresie usług wspomagających:

- a) udział w terapii zajęciowej,
- b) podnoszenie sprawności i aktywizowanie mieszkańców, w tym w zakresie komunikacji wspomagającej lub alternatywnej, w przypadku osób z problemami w komunikacji werbalnej,
- c) umożliwienie zaspokajania potrzeb religijnych i kulturalnych.

Wysokości opłat w 2024 r. za świadczenie przez Dom Pomocy Społecznej w Marszałkach usług wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego wynosi za dzień pobytu 1/30 kosztu utrzymania mieszkańca na dany rok. Istnieje możliwość dopłaty przez gminę kierująca do ponoszonej odpłatności.

Osoby zainteresowane skorzystaniem z usług wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego w DPS w Marszałkach mogą uzyskać informacje telefonicznie:

tel. 62 732 07 00,

e-mail: awajswardega@dpsmarszalki.pl

Opieka wytchnieniowa

Dom Pomocy Społecznej w Marszałkach świadczy również opiekę wytchnieniową, której celem jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami niepełnosprawnymi posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573) albo orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności (zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2023 r. poz.100, z późn. zm.) poprzez udzielenie czasowej pomocy w formie usługi opieki wytchnieniowej. Opieka wytchnieniowa ma za zadanie odciążenie członków rodzin lub opiekunów osób niepełnosprawnych poprzez wsparcie ich w codziennych obowiązkach lub zapewnienie czasowego zastępstwa. Dzięki tej formie wsparcia osoby zaangażowane na co dzień w sprawowanie opieki dysponować będą czasem, który będą mogły przeznaczyć na odpoczynek i regenerację, jak również na załatwienie niezbędnych spraw życiowych.

Usługi opieki wytchnieniowej przysługują w przypadku zamieszkiwania członka rodziny lub opiekuna, we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałej opieki w zakresie potrzeb życia codziennego.

Opieka wytchnieniowa w ramach pobytu całodobowego, może być realizowana przez 14 dób dla jednej osoby w roku. Usługa wytchnieniowa w ramach pobytu całodobowego wynosi co najmniej 12 godzin nieprzerwanego świadczenia usługi i obejmuje nocleg osoby z niepełnosprawnością, co najmniej w godzinach 22.00–6.00. Jedna doba usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego nie przekracza 24 godzin nieprzerwanego świadczenia usługi.

Osoby zainteresowane skorzystaniem z bezpłatnego wsparcia w ramach opieki mogą uzyskać informacje telefonicznie:

tel. 62 732 07 00,

e-mail: awajswardega@dpsmarszalki.pl⁷

- **Dom Pomocy Społecznej w Kochłowach dla osób przewlekle psychicznie chorych**

Kochłowy 1, 63-500 Ostrzeszów

tel. (62) 732-07-05

e-mail: biuro@dpskochlowy.pl

adres do e-Doręczeń: AE:PL-38187-78138-EWJRJ-28

- **Dom Pomocy Społecznej w Kobylej Górze dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie;**

ul. Tomasza Sikorskiego 1, 63-507 Kobyla Góra, Polska

Tel: 62 731 62 18

Email: dps@dpskobylagora.pl

AE:PL-27305-55490-BDHEB-23

⁷ <https://powiatostrzeszowski.pl/opieka-krotkoterminowa/>

3. ŚWIADCZENIA ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO

- **Zakład Ubezpieczeń Społecznych**

Biuro terenowe w Ostrzeszowie

Ul. Przemysłowa 7, 63-500 Ostrzeszów

Centrum Kontaktu Klientów ZUS:

tel. 22 560 16 00*

Konsultanci są dostępni:

w dni robocze pon. - pt.: godz. 7.00 - 18.00

Automatyczny System Informacyjny jest dostępny:

24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu

Skontaktuj się z ZUS za pośrednictwem poczty elektronicznej e-mail

do zapytań ogólnych: cot@zus.pl

Za pośrednictwem poczty elektronicznej e-mail należy kierować wszelkie pytania ogólne z zakresu działalności ZUS.⁸

- **Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Placówka terenowa**

Ul. Przemysłowa 7, 63-500 Ostrzeszów

tel. 62 730 49 78, 62 730 40 68,

e-mail: ostrzeszow@krus.gov.pl

adres e – doręczeń: AE:PL-67410-28414-HFDAU-28⁹

strona internetowa: krus.pl

- **Powiatowy Zespół do spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

Ul. Zamkowa 17, 63-500 Ostrzeszów

Tel.: 62 732 07 55

e-mail: zespol.orzekania@pcpr.powiatostrzeszowski.pl

adres do e-Doręczeń: AE:PL-23679-16068-UEVAH-22

⁸ <https://bip.zus.pl/o-zus/kontakt>

⁹ <https://www.gov.pl/web/krus/pt-ostreszow>

- **Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Województwie Wielkopolskim**

ul. Kazimierza Wielkiego 24/26, Poznań 61-863

- ustalanie poziomu potrzeby wsparcia
infolinia 61 850 8778
- orzekanie

e-mail: zn@poznan.uw.gov.pl

tel.: 61 850 87 60

- **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**

Ul. Zamkowa 17, 63-500 Ostrzeszów

Tel. 62 732 07 50, 62 732 07 53

email: biuro@pcprostrzeszow.pl

adres do e-Doręczeń: AE:PL-23679-16068-UEVAH-22

strona internetowa: <https://pcprostrzeszow.pl>

- **Akson Sklep Medyczny**

- realizuje zlecenia finansowane przez NFZ

Al. Wolności 4, 63-500 Ostrzeszów

Lokalizacja sklepu: Ostrzeszowskie Centrum Zdrowia (szpital)

Tel. 512 889 510

e-mail: pzo10@akson.pl

- **Sklep medyczny Pofam**

- realizuje zlecenia finansowane przez NFZ

Plac Borek 3, 63-500 Ostrzeszów,

Tel. 880 134 510

E-mail: sklep.ostrzeszow@pofam.pl