



Poradnik prawny

dla rodziców i opiekunów
dzieci z niepełnosprawnością

SPIS TREŚCI:

1. Ubezważnowolnienie	3
1.1. Czym jest zdolność do czynności prawnych?	3
1.2. Ubezważnowolnienie całkowite czy częściowe?.....	3
1.3. Jak wygląda procedura ubezważnowolnienia?	4
2. Odszkodowanie z tytułu wypadku komunikacyjnego	6
3. Odszkodowanie i zadośćuczynienie za błąd medyczny	8
4. Zwolnienie od kosztów sądowych?	9
5. Orzeczenia w sprawie niepełnosprawności i stopnia niepełnosprawności	10
5.1. Jak uzyskać orzeczenie?	10
5.2. Jak zweryfikować poprawność orzeczenia?	11
5.3. Jak odwołać się od orzeczenia?	12
6. Szczególne uprawnienia pracownika – rodzica dziecka z niepełnosprawnością	13
7. Wybrane formy wsparcia dla dzieci z niepełnosprawnością i ich rodziców/opiekunów prawnych	14
7.1. Świadczenia opiekuńcze	14
• Zasiłek pielęgnacyjny	
• Specjalny zasiłek opiekuńczy	
• Świadczenie pielęgnacyjne	
7.2. Dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka z niepełnosprawnością	15
7.3. Jednorazowe świadczenie z tytułu urodzenia się dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu (tzw. świadczenie „Za Życiem”)	16
7.4. Dofinansowanie z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON).....	16
7.5. Wsparcie przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)	17
7.6. Ulga rehabilitacyjna	17
7.7. Karta parkingowa	19
7.8. Inne ulgi i uprawnienia	20
7.9. Wsparcie finansowe przez organizację pozarządową	20

1. UBEZWŁASNOWNIENIE

1.1. CZYM JEST ZDOLNOŚĆ DO CZYNNOŚCI PRAWNYCH?

Zdolność do czynności prawnych to, inaczej mówiąc, prawo dokonywania własnym działaniem i we własnym imieniu czynności prawnych.

Pełną zdolność do czynności prawnych mają osoby pełnoletnie, które nie zostały ubezwłasnowolnione.

Zdolności do czynności prawnych nie posiadają:

- dzieci, które nie ukończyły 13 lat;
- osoby powyżej 13 roku życia, które zostały ubezwłasnowolnione całkowicie.

Ograniczoną zdolność do czynności prawnych posiadają:

- dzieci, które ukończyły 13 lat, ale nie ukończyły lat 18;
- osoby pełnoletnie, które zostały ubezwłasnowolnione częściowo.

Osoba posiadająca ograniczoną zdolność do czynności prawnych **bez zgody** rodzica lub opiekuna prawnego może wyłącznie:

- zawierać umowy należące do umów powszechnie zawieranych w drobnych bieżących sprawach życia codziennego;
PRZYKŁAD: zakup biletu komunikacyjnego w kiosku lub zamówienie posiłku w restauracji;
- zarządzać swoim zarobkiem (o ile sąd opiekuńczy z ważnych powodów nie postanowi inaczej);
- zarządzać przedmiotami oddanymi jej do swobodnego użytku przez rodzica lub opiekuna prawnego.

W innych wypadkach wymagana jest **zgoda rodziców lub opiekunów prawnych**.

PRZYKŁAD: zgoda na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych na rzecz dziecka.

Czasem jednak zgoda rodzica lub opiekuna prawnego nie będzie wystarczająca i do dokonania czynności prawnej w imieniu osoby posiadającej ograniczoną zdolność do czynności będzie niezbędna **zgoda sądu opiekuńczego**.

PRZYKŁAD: zakup lub sprzedaż mieszkania z majątku dziecka, odrzucenie spadku w imieniu dziecka, wypłata znacznych środków finansowych z rachunku bankowego dziecka.

1.2 UBEZWŁASNOWNIENIE CAŁKOWITE CZY CZĘŚCIOWE?

Ubezwłasnowolniona całkowicie może zostać osoba, która ukończyła 13 lat, jeżeli wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych **nie jest w stanie kierować swym postępowaniem**.

Dla osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie ustanawia się **opiekuna**, chyba że pozostaje ona jeszcze pod władzą rodzicielską.

Osoba ubezwłasnowolniona całkowicie **nie posiada zdolności do czynności prawnych**, co oznacza, że decyzje w jej sprawie podejmuje jej opiekun lub rodzic albo sąd opiekuńczy.

Ubezwłasnowolniona częściowo może zostać osoba pełnoletnia, jeżeli wskutek choroby psychicznej,

niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych **potrzebuje ona pomocy do prowadzenia jej spraw**, a nie zachodzą przesłanki do ubezwłasnowolnienia całkowitego.

Dla osoby ubezwłasnowolnionej częściowo ustanawia się **kuratora**.

Osoba ubezwłasnowolniona częściowo **posiada ograniczoną zdolność do czynności prawnych**, co oznacza, że może ona dokonywać czynności prawnych za zgodą kuratora (o ile nie jest wymagana zgoda sądu opiekuńczego lub czynność prawna mieści się w katalogu spraw, które dana osoba może załatwić samodzielnie – patrz pkt 1).

1.3. JAK WYGLĄDA PROCEDURA UBEZWŁASNOWOLNIENIA?

Kto może złożyć wniosek o ubezwłasnowolnienie?

- małżonek osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie;
- jej krewni w linii prostej oraz rodzeństwo;
- jej przedstawiciel ustawowy;
- Prokurator Okręgowy.

WAŻNE! *Wniosek o ubezwłasnowolnienie częściowe można zgłosić już na rok przed dojściem do pełnoletności osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie.*

Kto jest uczestnikiem postępowania o ubezwłasnowolnienie?

- wnioskodawca;
- osoba, której dotyczy wniosek;
- jej przedstawiciel ustawowy;
- małżonek osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie.

Postępowanie toczy się z udziałem prokuratora.

Do postępowania na każdym jego etapie może także wstąpić organizacja pozarządowa, do której zadań statutowych należy ochrona praw osób niepełnosprawnych, udzielanie pomocy takim osobom lub ochrona praw człowieka.

Gdzie należy złożyć wniosek?

Wniosek o ubezwłasnowolnienie należy złożyć do **sądu okręgowego** właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby, której wniosek dotyczy, a w razie braku miejsca zamieszkania – do sądu okręgowego właściwego ze względu na jej miejsce pobytu.

Jaka jest opłata od wniosku?

Opłata od wniosku o ubezwłasnowolnienie wynosi **100 zł**.

WAŻNE! *Należy pamiętać, że w sprawach o ubezwłasnowolnienie konieczne jest przeprowadzenie opinii biegłych sądowych w zakresie stanu zdrowia osoby, której dotyczy wniosek, co będzie się wiązało z dodatkowymi kosztami! Wnioskodawca może jednak ubiegać się o zwolnienie od kosztów sądowych (patrz pkt 4).*

Co powinien zawierać wniosek o ubezwłasnowolnienie?

1. Oznaczenie sądu okręgowego, do którego wniosek jest kierowany;
2. Wskazanie danych wnioskodawcy (imię, nazwisko, adres zamieszkania, numer PESEL oraz ewentualnie numer telefonu/adres e-mail) oraz wszystkich pozostałych uczestników postępowania (imię, nazwisko, adres zamieszkania oraz ewentualnie numer PESEL i numer telefonu/adres e-mail);
3. Oznaczenie rodzaju pisma (wniosek o ubezwłasnowolnienie);
4. Właściwa treść wniosku ze wskazaniem sposobu ubezwłasnowolnienia (całkowite czy częściowe?);
5. Wniosek o ustanowienie doradcy tymczasowego (ewentualnie);

6. Uzasadnienie wniosku (opis stanu zdrowia, sytuacji osobistej, zawodowej i majątkowej osoby, której wniosek dotyczy);
7. Podpis wnioskodawcy;
8. Spis załączonych dokumentów.

Wniosek wraz z załącznikami należy złożyć do sądu co najmniej w 3 egzemplarzach (dla sądu, prokuratora oraz dla każdego uczestnika postępowania).

Jakie dokumenty należy załączyć do wniosku o ubezwłasnowolnienie?

1. Odpis skrócony aktu urodzenia osoby, której dotyczy wniosek;
2. Odpis stosownego aktu z urzędu stanu cywilnego, stwierdzający pokrewieństwo osoby składającej wniosek z uczestnikiem postępowania (np. akt małżeństwa);
3. Świadectwo lekarskie wydane przez lekarza psychiatrę o stanie psychicznym osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie lub opinii psychologa o stopniu niepełnosprawności umysłowej tej osoby (jeśli posiadamy);
4. Potwierdzenie uiszczenia opłaty sądowej od wniosku lub wniosku o zwolnienie od kosztów sądowych wraz z „Oświadczeniem o stanie rodzinnym, majątku, dochodach i źródłach utrzymania” (stosowne druki dostępne w siedzibie lub na stronie internetowej właściwego sądu).

Jak przebiega procedura ubezwłasnowolnienia?

1. Po złożeniu wniosku o ubezwłasnowolnienie, uczestnik postępowania musi zostać wysłuchany przy udziale biegłego psychologa oraz biegłego lekarza psychiatry lub neurologa (w zależności od stanu zdrowia).

WAŻNE! *Jeżeli ze względu na stan zdrowia osoba, której dotyczy wniosek nie jest w stanie dotrzeć do sądu, biegli wraz z sądem przeprowadzą ocenę stanu zdrowia w jej miejscu zamieszkania lub pobytu (np. w Domu Pomocy Społecznej).*

2. Po wydaniu opinii przez biegłych, sąd po przeprowadzeniu rozprawy wyda postanowienie w przedmiocie ubezwłasnowolnienia:

a. gdy zachodzą przesłanki do ubezwłasnowolnienia, sąd wydaje postanowienie o ubezwłasnowolnieniu ze wskazaniem czy ubezwłasnowolnienie jest całkowite czy częściowe,

b. gdy sąd uzna, że nie zachodzą przesłanki do ubezwłasnowolnienia – odrzuci lub oddali wniosek.

WAŻNE! *Sąd uchyli ubezwłasnowolnienie, gdy ustaną przyczyny, dla których je orzeczono. Uchylenie ubezwłasnowolnienia może nastąpić z urzędu lub na wniosek osoby uprawnionej (w tym również osoby ubezwłasnowolnionej).*

WAŻNE! *W razie poprawy stanu psychicznego ubezwłasnowolnionego, sąd może zmienić ubezwłasnowolnienie całkowite na częściowe, a w razie pogorszenia się tego stanu - zmienić ubezwłasnowolnienie częściowe na całkowite.*

3. Po wydaniu postanowienia o ubezwłasnowolnieniu sąd okręgowy przekazuje sprawę do właściwego sądu opiekuńczego w celu ustanowienia opiekuna lub kuratora dla osoby ubezwłasnowolnionej.

Kim jest doradca tymczasowy?

Jest to osoba ustanowiona przez sąd przy wszczęciu lub w trakcie postępowania o ubezwłasnowolnienie, gdy zachodzi konieczność ochrony osoby, której dotyczy postępowanie lub jej mienia.

Doradca tymczasowy może zostać ustanowiony tylko dla osoby pełnoletniej na wniosek każdego uczestnika postępowania lub z urzędu.

Doradcą tymczasowym należy ustanowić przede wszystkim małżonka, krewnego lub inną osobę bliską, jeżeli nie stoi temu na przeszkodzie wzgląd na dobro osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie.

Osoba, dla której ustanowiono doradcę tymczasowego, ma ograniczoną zdolność do czynności prawnych na równi z osobą ubezwłasnowolnioną częściowo.

2. ODSZKODOWANIA Z TYTUŁU WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

Każdej osobie, która ucierpiała w wyniku wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez osobę trzecią należy się odszkodowanie z ubezpieczenia **OC sprawcy wypadku**.

Jeżeli doszło do takiego wypadku, należy niezwłocznie złożyć stosowny wniosek o odszkodowanie do firmy ubezpieczeniowej, w której sprawca posiada polisę OC.

WAŻNE! *Jeśli sprawca wypadku zbiegł z miejsca zdarzenia lub nie posiada ważnej polisy OC, istnieje możliwość dochodzenia odszkodowania z **Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego (UFG)**.*

W jakim terminie powinno zostać wypłacone odszkodowanie?

Ubezpieczyciel ma na to **30 dni**, licząc od dnia złożenia zawiadomienia o szkodzie przez osobę uprawnioną lub poszkodowaną.

Jeśli jednak wyjaśnienie sprawy w takim terminie nie jest możliwe – chodzi o kwestie związane z ustaleniem odpowiedzialności ubezpieczyciela oraz wypłaty odszkodowania, to odszkodowanie wypłacane jest w ciągu **14 dni** od dnia, w którym możliwe było wyjaśnienie okoliczności zdarzenia. Nie może to być jednak później, niż w ciągu **90 dni** od dnia złożenia zawiadomienia o szkodzie.

Termin ten może być jeszcze inny, jeśli określenie wysokości odszkodowania czy odpowiedzialności ubezpieczyciela jest uzależnione od wyroku w toczącym się postępowaniu karnym czy cywilnym.

Jeśli ubezpieczyciel nie może wypłacić odszkodowania we wskazanym terminie, to jest zobowiązany **na piśmie** powiadomić o tym uprawnionego oraz określić przyczyny takiej sytuacji. Ubezpieczyciel powinien wypłacić tę część odszkodowania, która jest bezsporna. Ma także obowiązek pisemnego poinformowania uprawnionego, jeśli nie ma on, zdaniem ubezpieczyciela, prawa do odszkodowania, albo przysługuje mu ono w innej wysokości. W przesłanym dokumencie powinno się znaleźć pouczenie o tym, że poszkodowany może dochodzić swoich praw w sądzie.

WAŻNE! *Termin przedawnienia roszczeń odszkodowawczych wynosi **3 lata**.*

Jeżeli ubezpieczyciel uzna, że odszkodowanie należy się w niższej kwocie niż uważa poszkodowany, to należy to odszkodowanie przyjąć i na drodze sądowej dochodzić odszkodowania w wyższej kwocie.

Odmowy wypłaty odszkodowania nie należy traktować jako ostatecznej. Zalecanym jest, by wyczerpać drogę odwoławczą przed ubezpieczycielem. Od decyzji odmownej bądź uznającej roszczenia tylko w części warto złożyć środek odwoławczy do ubezpieczyciela, podnosząc w nim te same bądź dodatkowe argumenty.

Odwołanie od decyzji ubezpieczyciela powinno przybrać formę pisemną. Najlepiej wysłać je przesyłką poleconą, ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru.

Gdy odwołanie od decyzji ubezpieczyciela nie wywoła zamierzonego efektu, możemy jeszcze wystąpić ze skargą do Rzecznika Ubezpieczonych. Należy jednak liczyć się z tym, że interwencja Rzecznika może nie poskutkować, bowiem jego opinia nie wiąże ubezpieczyciela.

Zakład ubezpieczeń może także zawrzeć z poszkodowanym ugodę, zobowiązując się do wypłaty należnego

odszkodowania. Jej zawarcie kończy postępowanie, mające na celu naprawienie szkody. W przeciwnym wypadku konieczne jest wszczęcie postępowania sądowego, poprzez skierowanie sprawy do sądu.

Do jakiego sądu należy złożyć pozew o odszkodowanie?

Pozew o odszkodowanie należy złożyć do sądu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania poszkodowanego lub ze względu na miejsce wypadku komunikacyjnego. O tym, czy pozew złożyć do sądu rejonowego, czy do sądu okręgowego decyduje kwota odszkodowania, której zamierzamy dochodzić przed sądem.

Przy kwocie 100 tys. zł i niższej pozew należy złożyć do właściwego sądu rejonowego.

Przy kwotach powyżej 100 tys. zł pozew należy złożyć do właściwego sądu okręgowego.

Jaka jest opłata od pozwu o odszkodowanie?

Również wysokość opłaty sądowej od pozwu o odszkodowanie jest uzależniona od kwoty odszkodowania, której dochodzimy przed sądem (może wynosić od 30 zł do 200.000 zł).

Należy pamiętać, że w sprawie o odszkodowanie mogą pojawić się dodatkowe wydatki, np. koszt sporządzenia opinii biegłych.

Można jednak ubiegać się o zwolnienie od kosztów sądowych. Patrz pkt 4. Zwolnienie od kosztów sądowych.

3. ODSZKODOWANIE I ZADOŚĆUCZYNIENIE ZA BŁĄD MEDYCZNY

Dostęp do dokumentacji medycznej

Aby rozpocząć procedurę dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia za błąd medyczny, należy w pierwszej kolejności skompletować dokumentację medyczną dotyczącą stanu zdrowia oraz świadczeń zdrowotnych udzielonych osobie poszkodowanej. Istotne z tej perspektywy jest zawnioskowanie do wszystkich podmiotów leczniczych, w których były realizowane świadczenia medyczne dla osoby poszkodowanej oraz uzyskanie kopii pełnej dokumentacji medycznej. Posługiwanie się wyłącznie wypisami ze szpitali jest niewystarczające.

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych **ma obowiązek udostępnić dokumentację medyczną** pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.

Po śmierci pacjenta, dokumentacja medyczna może być udostępniona osobie upoważnionej przez pacjenta za życia, przedstawicielowi ustawowemu, a także każdej osobie bliskiej zmarłego (małżonkowi, krewnemu do drugiego stopnia lub powinowatemu do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawicielowi ustawowemu, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu lub osobie wskazanej przez pacjenta).

Udostępnienie dokumentacji medycznej pacjentowi po raz pierwszy **nie podlega opłacie**. Dopiero za ponowne udostępnienie dokumentacji medycznej w takim samym zakresie może zostać pobrana opłata.

Podmiot udostępniający dokumentację medyczną **nie ma prawa** żądać od nas wskazania celu jej udostępniania.

Dokumentacja medyczna może zostać udostępniona:

- **do wglądu w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych** (z możliwością sporządzenia notatek lub zdjęć);
- **przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;**
- **przez wydanie oryginału** za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu;
- **za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;**
- **na informatycznym nośniku danych** (np. płyta, pendrive).

Próba polubownego rozwiązania sporu

Przed skierowaniem sprawy na drogę sądową w pierwszej kolejności należy podjąć próbę polubownego rozwiązania sporu poprzez:

- skierowanie wezwania do zapłaty do podmiotu leczniczego;
- zgłoszenie roszczeń do ubezpieczyciela.

Najszybszym i najprostszym sposobem rozwiązania sporu o błąd medyczny jest zawarcie ugody z podmiotem leczniczym. Nie zawsze jednak zawarcie ugody jest możliwe.

Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych

Zmiana ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wprowadziła narzędzie w postaci Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych. Wniosek o przyznanie świadczenia kompensacyjnego można złożyć, jeśli **zdarzenie medyczne miało miejsce po wejściu w życie ustawy** powołującej Fundusz, czyli nie wcześniej niż **6 września 2023 roku**. Fundusz obejmuje także zdarzenie, które miało miejsce wcześniej, ale wnioskodawca dowiedział się o nim już po wejściu ustawy w życie. Postępowanie dotyczy wyłącznie

zdarzeń medycznych zaistniałych w trakcie udzielania lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze **środków publicznych** na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w **szpitalu**.

Zgodnie z ustawą **zdarzenie medyczne** to zaistniałe w trakcie udzielania lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczenia zdrowotnego:

- **zakażenie** pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym,
- **uszkodzenie ciała** lub **rozstrój zdrowia** pacjenta, albo **śmierć pacjenta**

którego z wysokim prawdopodobieństwem można było uniknąć w przypadku udzielenia świadczenia zdrowotnego zgodnie z aktualną wiedzą medyczną albo zastosowania innej dostępnej metody diagnostycznej lub leczniczej, chyba że doszło do dających się przewidzieć normalnych następstw zastosowania metody, na którą pacjent wyraził świadomą zgodę (czyli do powikłania).

Wysokość świadczenia kompensacyjnego

Wysokość świadczenia kompensacyjnego dla pacjenta, który doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju albo uległ zakażeniu, to od 2 000 do 200 000 złotych. Natomiast osoba bliska zmarłego pacjenta, która wystąpiła z wnioskiem, może otrzymać od 20 000 złotych do 100 000 złotych.

Przy ustalaniu wysokości świadczenia kompensacyjnego Rzecznik uwzględnia:

- w przypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia albo zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym – charakter następstw zdrowotnych oraz stopień dolegliwości wynikających ze zdarzenia medycznego, w tym w zakresie uciążliwości leczenia, uszczerbku na zdrowiu oraz pogorszenia jakości życia;
- w przypadku śmierci pacjenta – pozostawanie w związku małżeńskim w chwili śmierci pacjenta, pokrewieństwo, pozostawanie w stosunku przysposobienia, pozostawanie we wspólnym pożyciu, a także wiek osoby ubiegającej się o świadczenie i wiek zmarłego pacjenta.

Kto może złożyć wniosek?

Wniosek może złożyć osoba uprawniona do świadczenia, czyli pacjent, a w przypadku śmierci pacjenta – rodzic pacjenta, jego dziecko, małżonek, który nie pozostawał z nim w separacji, osoba pozostająca z pacjentem we wspólnym pożyciu oraz osoba pozostająca w stosunku przysposobienia (każda z tych składa oddzielny wniosek, który podlega odrębnemu rozpatrzeniu). W przypadku osoby, która nie może działać samodzielnie, z wnioskiem może wystąpić jej przedstawiciel ustawowy. Może to również zrobić odpowiednio upoważniony pełnomocnik.

Do wniosku dołącza się:

- 1) kopię posiadanej dokumentacji medycznej oraz innych dokumentów potwierdzających opisany stan faktyczny albo szczegółową informację o braku takich dokumentów;
- 2) dokumenty potwierdzające, że wnioskodawca jest osobą uprawnioną do złożenia wniosku;
- 3) potwierdzenie wniesienia opłaty;

- 4) oświadczenie, że w sprawie objętej wnioskiem nie toczy się lub nie zostało prawomocnie zakończone postępowanie cywilne w sprawie o odszkodowanie, rentę lub zadośćuczynienie;
- 5) oświadczenie, że wnioskodawca nie uzyskał odszkodowania, renty lub zadośćuczynienia od osoby odpowiedzialnej za szkodę, w tym z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej;
- 6) oświadczenie, że sąd nie orzekł na rzecz wnioskodawcy obowiązku naprawienia szkody wyrządzonej przestępstwem lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę albo nawiązki.

Opłata

Wniosek podlega opłacie w wysokości 300 zł. Potwierdzenie opłaty należy dołączyć do wniosku. W razie jego braku zostaniesz wezwany do przedłożenia tego dokumentu. Opłata podlega zwrotowi w przypadku wydania decyzji o przyznaniu świadczenia.

Termin na wniesienie wniosku

Wniosek o przyznanie świadczenia można złożyć w ciągu roku od uzyskania informacji o uszkodzeniu ciała, rozstroju zdrowia lub zakażeniu albo śmierci pacjenta (jednak nie później niż w ciągu 3 lat od dnia, w którym nastąpiło to zdarzenie).

Decyzja o przyznaniu świadczenia lub jego odmowie jest wydawana w ciągu 3 miesięcy od otrzymania kompletnego i prawidłowo opłaconego wniosku. W razie konieczności wystąpienia przez Rzecznika do wnioskodawcy lub placówek medycznych, bieg tego terminu decyzji ulega wstrzymaniu do czasu przedłożenia niezbędnych informacji i dokumentów.

Od decyzji Rzecznika wnioskodawcy służy odwołanie rozpatrywane przez niezależną Komisję Odwoławczą. Wniesienie odwołania podlega opłacie w wysokości 200 złotych. Jest ona zwracana w razie uwzględnienia odwołania. Następnie stronie przysługuje skarga do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie.

Wypłata świadczenia

Rzecznik informuje osobę, na rzecz której zostało przyznane świadczenie kompensacyjne, że w ciągu 30 dni od uprawomocnienia się decyzji powinna złożyć oświadczenie o przyjęciu świadczenia kompensacyjnego lub o rezygnacji z niego. Złożenie oświadczenia o przyjęciu świadczenia jest równoznaczne ze zrzeczeniem się przez wnioskodawcę wszelkich roszczeń odszkodowawczych mogących wynikać ze zdarzenia medycznego w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku. Złożenie oświadczenia o rezygnacji ze świadczenia (bądź niezłożenie żadnego oświadczenia) jest z kolei równoznaczne ze zrzeczeniem się przez wnioskodawcę ze świadczenia.

Wypłata świadczenia następuje w terminie 14 dni od dnia złożenia oświadczenia o przyjęciu świadczenia wynikającego z prawomocnej decyzji.

Kwota świadczenia wypłaconego z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych jest zwolniona z podatku dochodowego.

Odszkodowanie a zadośćuczynienie

Odszkodowanie stanowi pieniężną równowartość szkody majątkowej lub szkody na osobie. Odszkodowanie może pokryć zarówno **szkodę rzeczywistą** jak i **utraczone korzyści**, czyli to, co osoba poszkodowana mogłaby osiągnąć, gdyby nie doszło do zdarzenia powodującego szkodę.

Zadośćuczynienie to rodzaj pieniężnej rekompensaty **szkody niemajątkowej**. Może ona przybrać postać ujemnych przeżyć, cierpień fizycznych lub psychicznych, wynikających ze zdarzenia powodującego ową szkodę.

Droga sądowa

Do jakiego sądu należy złożyć pozew o odszkodowanie lub zadośćuczynienie za błąd medyczny? Jaka będzie opłata od pozwu? Patrz: pkt 5. *Odszkodowanie za wypadek komunikacyjny*.

4. ZWOLNIENIE OD KOSZTÓW SĄDOWYCH

Co powinna zrobić osoba, której nie stać na ponoszenie kosztów sądowych?

Taka osoba może złożyć do sądu **wniosek o zwolnienie od kosztów sądowych**.

Jeżeli zachodzą ku temu podstawy sąd może:

- zwolnić tę osobę **w całości** od kosztów sądowych – jeżeli nie jest ona w stanie ponieść ich bez uszczerbku utrzymania koniecznego dla siebie i rodziny;
- zwolnić tę osobę od ponoszenia kosztów sądowych **w części** – jeżeli jest ona w stanie ponieść tylko część kosztów, zaś pozostałej części nie jest w stanie ponieść bez uszczerbku utrzymania koniecznego dla siebie i rodziny; może to polegać na zwolnieniu od ułamkowej lub procentowej części kosztów, albo określonej ich kwoty, albo niektórych opłat lub wydatków.

W jaki sposób złożyć wniosek o zwolnienie od kosztów postępowania?

Wniosek o przyznanie zwolnienia od kosztów sądowych należy zgłosić **na piśmie lub ustnie** do protokołu **w sądzie, w którym sprawa ma być wytoczona lub już się toczy**.

WAŻNE! Wniosek o przyznanie zwolnienia od kosztów sądowych można również złożyć w sądzie rejonowym właściwym ze względu na swoje miejsce zamieszkania. Sąd przesyła niezwłocznie ten wniosek właściwemu sądowi.

Pisemny wniosek o zwolnienie od kosztów postępowania powinien zawierać:

- oznaczenie sądu, do którego składany jest wniosek;
- dane wnioskodawcy (imię, nazwisko, adres zamieszkania);
- oznaczenie rodzaju pisma (wniosek o zwolnienie od kosztów sądowych);
- sygnaturę akt sprawy (jeżeli sprawa jest już w toku);
- wniosek o zwolnienie od kosztów sądowych ze wskazaniem, czy zwolnienie ma nastąpić w całości, czy w części;
- uzasadnienie wniosku wraz z oświadczeniem o braku możliwości poniesienia kosztów w całości lub części bez uszczerbku dla koniecznego utrzymania siebie i rodziny;
- podpis wnioskodawcy;
- załączniki.

WAŻNE! Do wniosku należy dołączyć „**Oświadczenie o stanie rodzinnym, majątku, dochodach, źródłach utrzymania się**” na formularzu dostępnym na stronie internetowej lub w siedzibie sądu.

WAŻNE! Zwolnienie od kosztów sądowych nie zwalnia od obowiązku zwrotu kosztów procesu przeciwnikowi w przypadku przegrania sprawy sądowej.

Wniosek o zwolnienie od kosztów postępowania można zawrzeć także w treści pisma procesowego.

5. ORZECZENIA W SPRAWIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI I STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

5.1 JAK UZYSKAĆ ORZECZENIE?

Kto może złożyć wniosek?

- osoba z niepełnosprawnością – jeśli ma skończone 18 lat;
- rodzic, opiekun prawny albo kurator – jeśli osoba niepełnosprawna ma mniej niż 18 lat albo jest ubezwłasnowolniona;
- kierownik ośrodka pomocy społecznej – jeśli zgodzi się na to osoba z niepełnosprawnością, jej rodzic, opiekun prawny albo kurator.

Uzyskanie orzeczenia krok po kroku:

Krok 1:

Przygotuj **wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności i druk zaświadczenia lekarskiego** (właściwe druki są dostępne w siedzibie lub na stronie internetowej zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności) oraz dokumenty potwierdzające stan zdrowia osoby, której dotyczy wniosek, czyli:

- dokumentację medyczną (np. karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki badań diagnostycznych lub konsultacji specjalistycznych);
- inne dokumenty, które posiadasz i mogą mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności/stopnia niepełnosprawności (np. opinia psychologiczno-pedagogiczna).

Krok 2:

Poproś lekarza o wypełnienie zaświadczenia o stanie zdrowia.

Krok 3:

Złóż wypełniony i podpisany wniosek wraz z wymaganymi dokumentami w **powiatowym zespole do spraw orzekania o niepełnosprawności**, właściwym ze względu na miejsce **stałego pobytu** osoby, której dotyczy wniosek (jeśli dana osoba nie ma stałego miejsca pobytu, bierze się pod uwagę miejsce jej **aktualnego pobytu**, np. szpital lub dom pomocy społecznej).

Krok 4:

Staw się na posiedzeniu składu orzekającego w wyznaczonym terminie (udział w nim jest **obowiązkowy**).

Krok 5:

Odbierz orzeczenie (powinno zostać wydane w terminie **14 dni kalendarzowych** od posiedzenia).

WAŻNE! Jeśli zespół uzna, że brakuje jakiegoś dokumentu, może pisemnie wezwać wnioskodawcę do uzupełnienia wniosku w wyznaczonym terminie. Jeśli dokumentacja nie zostanie uzupełniona w terminie, zespół pozostawi wniosek bez rozpoznania. Zespół może także skierować osobę, której dotyczy wniosek na dodatkowe specjalistyczne badania do wojewódzkiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności lub poprosić o wykonanie innych badań we własnym zakresie i dostarczenie wyników.

Orzeczenie staje się prawomocne, gdy:

- nikt nie złoży od niego odwołania;
- strona zrzeknie się prawa odwołania od niego.

Pamiętaj jednak, że zawsze masz prawo złożyć odwołanie od orzeczenia!

WAŻNE! *Dopiero dysponując prawomocnym orzeczeniem, można złożyć wniosek o wydanie legitymacji osoby z niepełnosprawnością na podstawie której można korzystać z wielu ulg i uprawnień.*

5.2. JAK ZWERYFIKOWAĆ POPRAWNOŚĆ ORZECZENIA?

Aby samodzielnie zweryfikować poprawność orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności należy wiedzieć, że **w przypadku osób powyżej 16 roku życia mamy do czynienia z następującymi stopniami niepełnosprawności:**

- **znaczny stopień niepełnosprawności** - osoby z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolne do pracy albo zdolne do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagające, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji;
- **umiarkowany stopień niepełnosprawności** - osoby z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolne do pracy albo zdolne do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagające czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych;
- **lekki stopień niepełnosprawności** - osoby o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazują osoby o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną, lub mające ograniczenia w pełnieniu ról społecznych, dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne;
- **niezdolność do samodzielnej egzystencji** - naruszenie sprawności organizmu w stopniu uniemożliwiającym zaspokajanie bez pomocy innych osób podstawowych potrzeb życiowych, za które uważa się przede wszystkim samoobsługę, poruszanie się i komunikację.

Dzieci, które nie ukończyły 16 roku życia zaliczane są do osób niepełnosprawnych, jeżeli mają naruszoną sprawność fizyczną lub psychiczną o przewidywanym okresie trwania powyżej 12 miesięcy, z powodu wady wrodzonej, długotrwałej choroby lub uszkodzenia organizmu, powodującą konieczność zapewnienia im całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku.

Ocena niepełnosprawności dziecka dokonywana jest na podstawie następujących kryteriów:

- niezdolności do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, takich jak: samoobsługa, samodzielne poruszanie się, komunikowanie z otoczeniem, powodującej konieczność zapewnienia stałej opieki lub pomocy, w sposób przewyższający zakres opieki nad zdrowym dzieckiem w danym wieku;
- znacznego zaburzenia funkcjonowania organizmu, wymagającego systematycznych i częstych zabiegów leczniczych i rehabilitacyjnych w domu i poza domem;
- przewidywanego okresu trwania upośledzenia stanu zdrowia z powodu stanów chorobowych, o których mowa poniżej, przekraczającego 12 miesięcy.

Choroby uzasadniające konieczność stałej opieki lub pomocy dziecku to:

- wady wrodzone i schorzenia o różnej etiologii prowadzące do niedowładów, porażenia kończyn lub

zmian w narządzie ruchu, upośledzające w znacznym stopniu zdolność chwytłą rąk lub utrudniające samodzielne poruszanie się;

- wrodzone lub nabyte ciężkie choroby metaboliczne, układu krążenia, oddechowego, moczowego, pokarmowego, układu krzepnięcia i inne znacznie upośledzające sprawność organizmu, wymagające systematycznego leczenia w domu i okresowo leczenia szpitalnego;
- upośledzenie umysłowe, począwszy od upośledzenia w stopniu umiarkowanym,
- psychozy i zespoły psychotyczne;
- całościowe zaburzenia rozwojowe, powodujące znaczne zaburzenia interakcji społecznych lub komunikacji werbalnej oraz nasilone stereotypie zachowań, zainteresowań i aktywności;
- padaczka z częstymi napadami lub wyraźnymi następstwami psychoneurologicznymi,
- nowotwory złośliwe i choroby rozrostowe układu krwiotwórczego do 5 lat od zakończenia leczenia;
- wrodzone lub nabyte wady narządu wzroku powodujące znaczne ograniczenie jego sprawności, prowadzące do obniżenia ostrości wzroku w oku lepszym do 5/25 lub 0,2 według Snellena po wyrównaniu wady wzroku szkłami korekcyjnymi, lub ograniczenie pola widzenia do przestrzeni zawartej w ranicach 30 stopni;
- głuchoniemota, głuchota lub obustronne upośledzenie słuchu niepoprawiające się w wystarczającym stopniu po zastosowaniu aparatu słuchowego lub implantu ślimakowego.

Przy ocenie niepełnosprawności dziecka bierze się pod uwagę:

- rodzaj i przebieg procesu chorobowego oraz jego wpływ na stan czynnościowy organizmu;
- sprawność fizyczną i psychiczną dziecka oraz stopień jego przystosowania do skutków choroby lub naruszenia sprawności organizmu;
- możliwość poprawy stanu funkcjonalnego pod wpływem leczenia i rehabilitacji.

5.3. JAK ODWOŁAĆ SIĘ OD ORZECZENIA?

Odwołanie od orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności, wydanego przez powiatowy zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności, należy złożyć **w terminie 14 dni** od doręczenia orzeczenia **do wojewódzkiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności** za pośrednictwem powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności.

Od orzeczenia wojewódzkiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności przysługuje prawo wniesienia **odwołania do Sądu Rejonowego, Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych** właściwego według miejsca zamieszkania osoby z niepełnosprawnością **w terminie 30 dni** od dnia doręczenia orzeczenia. Odwołanie należy złożyć za pośrednictwem wojewódzkiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności.

Należy pamiętać, że postępowanie sądowe w tym przypadku jest **zwolnione od opłat**, dlatego w razie wątpliwości co do prawidłowości wydanych orzeczeń warto złożyć odwołanie do sądu. Podczas trwania procesu sąd przeprowadzi postępowanie dowodowe, obejmujące przede wszystkim dowód z opinii biegłego lekarza specjalisty, mające na celu obiektywną ocenę treści wydanych orzeczeń.

6. SZCZEGÓLNE UPRAWNIENIA PRACOWNIKA – RODZICA DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Kodeks pracy daje pracownikom – rodzicom dzieci z niepełnosprawnością pewne szczególne uprawnienia.

Mają oni prawo złożyć wnioski o:

- wykonywanie pracy w systemie **przerywanego czasu pracy**;
- **ruchomy czas pracy**;
- **indywidualny rozkład czasu pracy**;
- wykonywanie pracy zdalnie.

Wniosek może złożyć pracownik – rodzic dziecka, które posiada:

- orzeczenie o niepełnosprawności albo orzeczenie o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności;
- opinię o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka, orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego lub orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych;
- zaświadczenie o ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniu albo nieuleczalnej chorobie zagrażającej życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu (Program „Za życiem”).

Pracodawca zobowiązany jest uwzględnić wnioski, chyba że jego uwzględnienie nie jest możliwe ze względu na organizację pracy lub rodzaj pracy wykonywanej przez pracownika. O przyczynie odmowy uwzględnienia wniosku, pracodawca informuje pracownika w postaci papierowej lub elektronicznej.

To uprawnienie przysługuje pracownikowi - rodzicowi **również po ukończeniu przez dziecko 18 roku życia**.

Pracownikowi - rodzicowi niepełnosprawnego dziecka przysługuje także prawo skorzystania z **dodatkowego urlopu wychowawczego** w wymiarze **do 36 miesięcy**, nie dłużej jednak niż do ukończenia przez dziecko 18. roku życia.

Dodatkowy urlop wychowawczy jest urlopem specjalnym, którego celem jest sprawowanie przez pracownika opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością. Urlop ten udzielany jest **niezależnie od tego, czy wykorzystany został zwykły urlop wychowawczy**. Oznacza to, że rodzicom (opiekunom) dziecka z niepełnosprawnością przysługują dwa rodzaje urlopów wychowawczych, z których jeden powinni wykorzystać przed ukończeniem przez dziecko 6. roku życia, a do skorzystania z drugiego mają prawo aż do ukończenia przez dziecko lat 18.

7. WYBRANE FORMY WSPARCIA DLA DZIECI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ I ICH RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH

7.1. ŚWIADCZENIA OPIEKUŃCZE

Zasiłek pielęgnacyjny

Komu przysługuje?

Zasiłek pielęgnacyjny przysługuje m.in.:

- dziecku z niepełnosprawnością;
- osobie z niepełnosprawnością w wieku powyżej 16 roku życia, jeżeli legitymuje się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- osobie z niepełnosprawnością w wieku powyżej 16 roku życia legitymującej się orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, jeżeli niepełnosprawność powstała w wieku do ukończenia 21 roku życia.
- osobie, która ukończyła 75 lat.

Jest przyznawany w celu częściowego pokrycia wydatków wynikających z konieczności zapewnienia opieki i pomocy innej osoby, w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.

WAŻNE! Zasiłek pielęgnacyjny nie jest uzależniony od wysokości dochodu.

Ile wynosi zasiłek pielęgnacyjny?

Wysokość zasiłku pielęgnacyjnego na dzień 1 stycznia 2022 r. wynosi **215,84 zł** miesięcznie.

W jaki sposób otrzymać zasiłek pielęgnacyjny?

Wypełniony i podpisany wniosek o ustalenie prawa do zasiłku pielęgnacyjnego (SR-3) wraz z wymaganymi załącznikami należy złożyć w formie papierowej w Urzędzie Miasta/Gminy lub w miejskim/gminnym ośrodku pomocy społecznej właściwym ze względu na nasze miejsce zamieszkania lub w formie elektronicznej za pośrednictwem portalu:

<https://wnioski.mpips.gov.pl/ewnioski/index.eup>

Specjalny zasiłek opiekuńczy

Komu przysługuje?

Specjalny zasiłek opiekuńczy przysługuje m.in. rodzicom/opiekunom prawnym, którzy nie podejmują lub rezygnują z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej, w związku z koniecznością sprawowania stałej opieki nad dzieckiem z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczeniem o niepełnosprawności, w którym wskazano na konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby, w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczność stałego, codziennego współdziałania opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

Z dniem wejścia w życie ustawy o świadczeniu wspierającym czyli 1 stycznia 2024 r. został uchylony art. 16a ustawy o świadczeniach rodzinnych regulujący zasady przysługiwania specjalnego zasiłku opiekuńczego. Oznacza , że **od tej daty specjalny zasiłek opiekuńczy nie będzie już przyznawany. Jedynie, na podstawie przepisów przejściowych, zasiłek ten będzie mógł być przyznawany także po 1 stycznia 2024 r. na zasadzie zachowania do niego praw nabytych, na warunkach obowiązujących do 31 grudnia 2023 r.**

Czy jest uzależniony od wysokości dochodu?

TAK. Specjalny zasiłek opiekuńczy przysługuje, jeżeli łączny dochód rodziny osoby sprawującej opiekę oraz rodziny osoby wymagającej opieki w przeliczeniu na osobę nie przekracza kwoty kryterium dochodowego wynoszącego **764 zł netto** (na podstawie dochodów z roku poprzedzającego okres zasiłkowy).

Ile wynosi specjalny zasiłek opiekuńczy (na zasadach do stycznia 2024 r.)?

Specjalny zasiłek opiekuńczy wynosi **620 zł** miesięcznie.

W jaki sposób otrzymać specjalny zasiłek opiekuńczy?

Wypełniony i podpisany wniosek o ustalenie prawa do specjalnego zasiłku opiekuńczego (SR-4) wraz z wymaganymi załącznikami należy złożyć w formie papierowej w Urzędzie Miasta/Gminy lub w miejskim/gminnym ośrodku pomocy społecznej właściwym ze względu na nasze miejsce zamieszkania lub w formie elektronicznej za pośrednictwem portalu: <https://wnioski.mpips.gov.pl/ewnioski/index.eup>

Świadczenie pielęgnacyjne – nowe zasady od stycznia 2024 r.

Świadczenie pielęgnacyjne na nowych zasadach mogą otrzymać osoby, które sprawują opiekę nad osobami z niepełnosprawnościami w wieku do ukończenia 18. roku życia.

Nie ulegają natomiast zmianie rodzaje orzeczeń o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności, które są wymagane przy ubieganiu się o świadczenie pielęgnacyjne.

W związku z tym, od 1 stycznia 2024 r., tak jak dotychczas, aby otrzymać świadczenie pielęgnacyjne **wymagane jest, aby osoba wymagająca opieki legitymowała się ważnym orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji (takie orzeczenie zawiera informację w punktach 7 i 8 o treści: „wymaga”) albo orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.**

Zmienione przepisy rozszerzają również krąg osób uprawnionych do świadczenia pielęgnacyjnego – od 1 stycznia 2024 r. świadczenie pielęgnacyjne przysługuje następującym opiekunom:

- matce albo ojcu,
- innym osobom, na których zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1359 oraz z 2022 r. poz. 2140) ciąży obowiązek alimentacyjny, a także małżonkom,
- opiekunowi faktycznemu dziecka,
- rodzinie zastępczej, osobie prowadzącej rodzinny dom dziecka, dyrektorowi placówki opiekuńczo-wychowawczej, dyrektorowi regionalnej placówki opiekuńczo-terapeutycznej albo dyrektorowi interwencyjnego ośrodka preadopcyjnego.

Możliwość łączenia pracy zawodowej z pobieraniem świadczenia pielęgnacyjnego

Od stycznia 2024 r. jest możliwość łączenia aktywności zawodowej, bez żadnych ograniczeń, z pobieraniem świadczenia pielęgnacyjnego. Od 1 stycznia 2024 r. zatrudnienie lub inna praca zarobkowa opiekuna - jej rodzaj/wymiar/miejsce wykonywania/wysokość uzyskiwanego wynagrodzenia, itp. - nie mają żadnego wpływu na prawo do świadczenia pielęgnacyjnego.

Również posiadany przez opiekuna status rolnika, małżonka rolnika, czy domownika rolnika, nie stanowi żadnej przeszkody w otrzymywaniu od 1 stycznia 2024 r. świadczenia pielęgnacyjnego na nowych zasadach, bez konieczności rezygnacji przez opiekuna będącego rolnikiem, małżonkiem rolnika lub domownikiem rolnika z prowadzenia gospodarstwa rolnego/z pracy w gospodarstwie rolnym.

Świadczenie pielęgnacyjne przysługuje również w sytuacji gdy opiekun dziecka w wieku do ukończenia 18 r. życia ma ustalone prawo do własnej emerytury lub renty lub innego świadczenia emerytalno-rentowego, co wynika z uchylecia art. 17 ust. 5 pkt 1 lit. a ustawy o świadczeniach rodzinnych.

Czy jest uzależnione od wysokości dochodu?

NIE.

Ile wynosi świadczenie pielęgnacyjne?

W przypadku gdy opiekun otrzymujący świadczenie pielęgnacyjne na nowych zasadach sprawuje opiekę nad więcej niż jedną osobą (dzieckiem) w wieku do ukończenia 18. roku życia legitymującą się odpowiednim ww. orzeczeniem o niepełnosprawności, to wysokość świadczenia pielęgnacyjnego **jest podwyższana o 100% na drugą i każdą kolejną osobę, nad którą sprawowana jest opieka** – warunkiem jest złożenie wniosku przez opiekuna o podwyższenie świadczenia pielęgnacyjnego (uwaga: nie dotyczy to dyrektora placówki opiekuńczo-wychowawczej, dyrektora regionalnej placówki opiekuńczo-terapeutycznej oraz dyrektora interwencyjnego ośrodka preadopcyjnego).

Od 1 stycznia 2024 r. wysokość świadczenia pielęgnacyjnego wynosi 2988 zł miesięcznie.

Prawo do świadczenia pielęgnacyjnego w przypadku śmierci osoby wymagającej opieki

W przypadku śmierci osoby wymagającej opieki, osoba sprawująca opiekę zachowuje prawo do świadczenia pielęgnacyjnego do ostatniego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpił zgon osoby wymagającej opieki. Analogiczna regulacja obowiązująca od 1 stycznia 2024 r. w sytuacjach gdy śmierć osoby wymagającej opieki nastąpi po 31 grudnia 2023 r. dotyczy również będzie osób pobierających świadczenie pielęgnacyjne na podstawie przepisów dotychczasowych

Świadczenie pielęgnacyjne na starych zasadach i specjalny zasiłek opiekuńczy

Z dniem wejścia w życie ustawy o świadczeniu wspierającym czyli 1 stycznia 2024 r. zostaje uchylony art. 16a ustawy o świadczeniach rodzinnych regulujący zasady przysługiwania specjalnego zasiłku opiekuńczego. Jednakże, na podstawie przepisów przejściowych, specjalny zasiłek opiekuńczy będzie mógł być nadal przyznawany także po 31 grudnia 2023 r. na zasadzie zachowania praw nabytych

Osoby, które przed dniem lub po dniu wejścia w życie ustawy o świadczeniu wspierającym nabyły lub nabędą prawo do świadczenia pielęgnacyjnego lub specjalnego zasiłku opiekuńczego na zasadach obowiązujących do dnia 31 grudnia 2023 r. i za okres co najmniej do dnia 31 grudnia 2023 r. będą uprawnione do świadczenia pielęgnacyjnego lub specjalnego zasiłku opiekuńczego, zachowają prawo do tych świadczeń na zasadzie ochrony praw nabytych na obowiązujących do 31 grudnia 2023 r. dotychczasowych zasadach przewidzianych w ustawie o świadczeniach rodzinnych – jednak nie dłużej niż do końca okresu, na który prawo zostało przyznane.

Ww. osoby, zachowają prawo do świadczenia pielęgnacyjnego lub specjalnego zasiłku opiekuńczego na zasadach obowiązujących do dnia 31 grudnia 2023 r., również w przypadku, gdy osobie nad którą sprawują opiekę zostało wydane nowe orzeczenie o stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie o niepełnosprawności. Warunkiem zachowania prawa odpowiednio do świadczenia pielęgnacyjnego i specjalnego zasiłku opiekuńczego w tym przypadku konieczne będzie złożenie wniosku o nowe orzeczenie o stopniu niepełnosprawności albo o niepełnosprawności w terminie 3 miesięcy od dnia następującego po dniu, w którym upłynął termin ważności dotychczasowego orzeczenia, a następnie złożenie wniosku o świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy w terminie 3 miesięcy, licząc od wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności albo o niepełnosprawności.

Uwaga: prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego na zasadach dotychczasowych przysługiwać będzie ww. osobom korzystającym z ochrony praw nabytych również po upływie okresu zasiłkowego na który ten

zasiłek został przyznany (czyli także na kolejne okresy zasiłkowe) pod warunkiem, że wniosek o ustalenie prawa do specjalnego zasiłku opiekuńczego na nowy okres zasiłkowy zostanie złożony w terminie 3 miesięcy od dnia następującego po dniu, w którym zakończył się dotychczasowy okres zasiłkowy (czyli w ciągu 3 miesięcy od dnia 31 października danego roku kalendarzowego).

7.2. DODATEK DO ZASIŁKU RODZINNEGO Z TYTUŁU KSZTAŁCENIA I REHABILITACJI DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Komu przysługuje?

Dodatek przysługuje m.in. rodzicom/opiekunom wychowującym niepełnosprawne dziecko, otrzymującym zasiłek rodzinny. Dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka z niepełnosprawnością przeznaczony jest na pokrycie zwiększonych kosztów związanych z kształceniem i rehabilitacją dziecka:

- do ukończenia 16 roku życia, jeżeli ma orzeczenie o niepełnosprawności;
- powyżej 16 roku życia do ukończenia 24 roku życia, jeżeli ma orzeczenie o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności;

Czy jest uzależniony od wysokości dochodu?

TAK. W przypadku, gdy członkiem rodziny jest dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o umiarkowanym albo o znacznym stopniu niepełnosprawności, zasiłek rodzinny przysługuje, jeżeli przeciętny miesięczny dochód rodziny w przeliczeniu na osobę, albo dochód osoby uczącej się nie przekracza kwoty **764,00 zł** (w innych przypadkach kwota ta wynosi **674 zł**).

Ile wynosi dodatek do zasiłku z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka z niepełnosprawnością?

Na dzień 1 stycznia 2024 r. wynosi:

- **90,00 zł** miesięcznie na dziecko w wieku do ukończenia 5 roku życia;
- **110,00 zł** miesięcznie na dziecko w wieku powyżej 5 roku życia do ukończenia 24 roku życia.

W jaki sposób uzyskać dodatek do zasiłku?

Wypełniony i podpisany wniosek o ustalenie prawa do zasiłku rodzinnego oraz dodatków do zasiłku rodzinnego (SR-1) wraz z wymaganymi załącznikami należy złożyć w formie papierowej w Urzędzie Miasta/Gminy lub w miejskim/gminnym ośrodku pomocy społecznej właściwym ze względu na nasze miejsce zamieszkania lub w formie elektronicznej za pośrednictwem portalu:

<https://wnioski.mpips.gov.pl/ewnioski/index.eup>

7.3. JEDNORAZOWE ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU URODZENIA SIĘ DZIECKA, U KTÓREGO ZDIAGNOZOWANO CIĘŻKIE I NIEODWRACALNE UPOŚLEDZENIE ALBO NIEULECZALNĄ CHOROBY ZAGRAŻAJĄCĄ ŻYCIU, KTÓRE POWSTAŁY W PRENATALNYM OKRESIE ROZWOJU DZIECKA LUB W CZASIE PORODU (TZW. ŚWIADCZENIE „ZA ŻYCIEM”)

Komu przysługuje?

Rodzicom/opiekunom dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

Czy jest uzależnione od wysokości dochodu?

NIE.

Ile wynosi świadczenie?

4000 zł jednorazowo na dziecko.

W jaki sposób uzyskać świadczenie?

Wypełniony i podpisany wniosek o ustalenie prawa do świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu (SR-8) wraz z wymaganymi załącznikami należy złożyć w formie papierowej w Urzędzie Miasta/Gminy lub w miejskim/gminnym ośrodku pomocy społecznej właściwym ze względu na nasze miejsce zamieszkania lub w formie elektronicznej za pośrednictwem portalu:

<https://wnioski.mpips.gov.pl/ewnioski/index.eup>

WAŻNE! Wniosek należy złożyć **w terminie 12 miesięcy od dnia narodzin dziecka**. Wniosek złożony po terminie pozostawia się bez rozpoznania.

7.4. DOFINANSOWANIE Z PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH (PFRON)

W ten sposób można sfinansować (najczęściej częściowo) konkretne wydatki związane z niepełnosprawnością.

Dofinansowanie obejmuje m.in. turnusy rehabilitacyjne, usuwanie barier architektonicznych (podjazdy, windy), zakup sprzętu ortopedycznego, rehabilitacyjnego oraz środków pomocniczych (np. aparaty słuchowe, wózki inwalidzkie).

Wnioski o dofinansowanie można składać w formie papierowej w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR) właściwym ze względu na miejsce zamieszkania osoby z niepełnosprawnością lub w formie elektronicznej za pośrednictwem Systemu Obsługi Wsparcia dostępnego pod adresem:

<https://portal-sow.pfron.org.pl/opencms/export/sites/pfron-sow/sow/>

Przy dofinansowaniu obowiązuje kryterium dochodowe.

7.5. WSPARCIE PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA (NFZ)

Refundacja wyrobów medycznych:

Zlecenie na wyroby medyczne wystawia najczęściej lekarz, ale może je wystawić także pielęgniarka, położna, fizjoterapeuta lub inna uprawniona osoba.

Zlecenie musi zostać potwierdzone przez lekarza, inną osobę uprawnioną do wystawienia zlecenia lub dowolny oddział NFZ (jeśli lekarz nie może tego zrobić).

Wyroby medyczne można zakupić w punktach, które mają podpisaną umowę z NFZ na realizację zaopatrzenia w wyroby medyczne.

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa finansowana ze środków NFZ:

Aby skorzystać z tego świadczenia konieczne jest skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz karta oceny pacjenta do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową (pielęgniarska opieka długoterminowa domowa przysługuje pacjentom, którzy w ocenie skalą Barthel otrzymali 40 punktów lub mniej).

Zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie,

finansowany ze środków NFZ:

Świadczenie skierowane do pacjentów z niewydolnością oddechową, którzy wymagają inwazyjnej lub nieinwazyjnej, ciągłej lub okresowej terapii oddechowej, którzy jednocześnie nie muszą przebywać na oddziałach intensywnej terapii lub w zakładach udzielających całodobowych świadczeń zdrowotnych.

Aby skorzystać z tego świadczenia potrzebne jest:

- skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;
- karta informacyjna leczenia szpitalnego;
- wyniki badań;
- kwalifikacja do objęcia opieką w warunkach domowych, wystawiona przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarza specjalistę chorób płuc zatrudnionego w szpitalu, w którym pacjent zakończył leczenie;

Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze finansowane ze środków NFZ:

Świadczenie przysługujące pacjentom wymagającym całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych, którzy powinni kontynuować leczenie oraz pacjentom niewymagającym hospitalizacji na oddziale szpitalnym, którzy w ocenie skali poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymali 40 punktów lub mniej.

7.6. ULGA REHABILITACYJNA

Co to jest ulga rehabilitacyjna i komu przysługuje?

Ulga rehabilitacyjna polega na odliczeniu od dochodu kwoty wydatkowanej na cele rehabilitacyjne oraz związane z ułatwieniem wykonywania czynności życiowych.

Z ulgi mogą korzystać zarówno osoby z niepełnosprawnością, jak również osoby, na których utrzymaniu pozostawała osoba z niepełnosprawnością w danym roku podatkowym.

Jakie są rodzaje wydatków podlegających odliczeniu?

Wydatki nielimitowane kwotowo (od dochodu można odliczyć całą kwotę wydatku):

- adaptacja i wyposażenie mieszkań oraz budynków mieszkalnych, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności;
- przystosowanie pojazdów mechanicznych do potrzeb wynikających z niepełnosprawności;
- zakup, naprawę lub najem wyrobów medycznych, które są wymienione w wykazie wyrobów medycznych określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz wyposażenia, które umożliwia ich używanie zgodnie z przewidzianym zastosowaniem (uwaga: w ramach nielimitowanych wydatków nie odliczysz wydatków na pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, chłonne majtki, podkłady i wkłady anatomiczne);
- zakup, naprawa, najem indywidualnego sprzętu, urządzeń i narzędzi technicznych niezbędnych w rehabilitacji oraz ułatwiających wykonywanie czynności życiowych, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności oraz wyposażenia umożliwiającego ich używanie zgodnie z przewidzianym zastosowaniem, niewymienionych w wykazie wyrobów medycznych określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, z wyjątkiem sprzętu gospodarstwa domowego;
- zakup wydawnictw i materiałów (pomocy) szkoleniowych, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności;

- odpłatny pobyt na turnusie rehabilitacyjnym;
- odpłatny pobyt na leczeniu w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, pobyt w zakładzie rehabilitacji leczniczej, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz odpłatność za zabiegi rehabilitacyjne lub leczniczo-rehabilitacyjne;
- opieka pielęgniarska w domu nad osobą z niepełnosprawnością w okresie przewlekłej choroby uniemożliwiającej poruszanie się oraz usługi opiekuńcze świadczone dla osób z niepełnosprawnością zaliczonych do I grupy inwalidztwa;
- opłacenie tłumacza języka migowego;
- kolonie i obozy dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością oraz dzieci osób niepełnosprawnych, które nie ukończyły 25. roku życia;
- odpłatny, konieczny przewóz na niezbędne zabiegi leczniczo-rehabilitacyjne:
 - osoby z niepełnosprawnością – karetką transportu sanitarnego;
 - osoby z niepełnosprawnością zaliczonej do I lub II grupy inwalidztwa oraz dzieci z niepełnosprawnością do lat 16, również innymi niż karetka środkami transportu sanitarnego;
- odpłatne przejazdy środkami transportu publicznego związane z pobytem:
 - na turnusie rehabilitacyjnym;
 - w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, zakładach rehabilitacji leczniczej, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych;
 - na koloniach i obozach dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami oraz dzieci osób z niepełnosprawnością, które nie ukończyły 25. roku życia.

Wydatki limitowane kwotowo (odliczyć można maksymalnie kwotę **2280 zł**):

- **opłacenie przewodników osób niewidomych I lub II grupy inwalidzkiej** oraz osób z niepełnosprawnością narządu ruchu zaliczonych do I grupy inwalidzkiej;
- utrzymanie **psa asystującego tj. odpowiednio wyszkolonego i specjalnie oznaczonego psa, który ułatwia osobie niepełnosprawnej aktywne uczestnictwo w życiu społecznym.**;
- **wydatki na samochód** - używanie samochodu osobowego, stanowiącego własność (współwłasność) osoby z niepełnosprawnością albo osoby mającej na utrzymaniu osobę niepełnosprawną albo dzieci niepełnosprawne, które nie ukończyły 16 roku życia, dla potrzeb związanych z koniecznym przewozem na niezbędne zabiegi leczniczo-rehabilitacyjne;
- zakup pieluchomajtek, pieluch anatomicznych, chłonnych majtek, podkładów, wkładów anatomicznych - maksymalna kwota odliczenia wynosi 2280 zł.

Wydatki na leki (można odliczyć nadwyżkę wydatków ponad 100 zł miesięcznie).

Jakie wydatki nie podlegają odliczeniu?

Odliczeniu nie podlegają wydatki, które zostały już w całości sfinansowane z innych źródeł (np. przez PFRON).

Pamiętaj, że ten katalog wydatków (zarówno Nielimitowanych jak i limitowanych ma charakter zamknięty. Oznacza to, że możesz odliczyć tylko te wydatki, które zostały wprost wymienione w przepisach ustawy o PIT.

7.7. KARTA PARKINGOWA

Komu przysługuje?

- osobie z niepełnosprawnością zaliczonej do znacznego albo umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, mającej znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się;
- osobie niepełnosprawnej, która nie ukończyła 16 roku życia, mającej znacznie ograniczone możliwości

samodzielnego poruszania się;

- placówce zajmującej się opieką, rehabilitacją lub edukacją osób niepełnosprawnych, mających znacznie ograniczone możliwości samodzielnego poruszania się.

WAŻNE! W orzeczeniu o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności lub o wskazaniach do ulg i uprawnień musi być **wskazanie do wydania karty parkingowej**, w przeciwnym wypadku karta parkingowa nie zostanie wydana.

Dodatkowo **orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności musi mieć jeden z symboli, który oznacza przyczynę niepełnosprawności:**

- 04-O (choroby narządu wzroku);
- 05-R (upośledzenie narządu ruchu);
- 10-N (choroba neurologiczna).

Jakie uprawnienia daje karta parkingowa?

Osoba z niepełnosprawnością legitymująca się kartą parkingową, kierująca pojazdem samochodowym oznaczonym tą kartą, może nie stosować się do niektórych znaków drogowych dotyczących zakazu ruchu lub postoju (np. może parkować na tzw. „kopertach”). **Dotyczy to także kierującego pojazdem, który przewozi osobę niepełnosprawną legitymującą się kartą parkingową.**

Uzyskanie karty parkingowej krok po kroku:

Krok 1:

Przygotuj **wniosek o wydanie karty parkingowej** (druk wniosku dostępny jest w siedzibie lub na stronie internetowej powiatowego/miejskiego zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności) oraz niezbędne dokumenty:

- **oryginał** prawomocnego orzeczenia o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności/o wskazaniach do ulg i uprawnień (do wglądu);
- potwierdzenie opłaty za wydanie karty parkingowej w kwocie **21 zł**;
- **zdjęcie** osoby, dla której ma zostać wydana karta (zgodnie z aktualnymi wymogami);
- ewentualnie upoważnienie do odbioru karty (jeśli inna osoba ma odebrać kartę w imieniu wnioskodawcy).

Krok 2:

Złóż wypełniony wniosek wraz z wymaganymi dokumentami w **powiatowym/miejskim zespole ds. orzekania o niepełnosprawności**.

Wniosek należy podpisać w obecności przewodniczącego zespołu albo osoby przez niego upoważnionej.

Krok 3:

W terminie 30 dni kalendarzowych od złożenia wniosku zespół informuje, czy wniosek został rozpoznany pozytywnie (wraz z informacją o dacie i miejscu odbioru karty), czy negatywnie (bez możliwości odwołania). W tym terminie zespół może również wezwać do uzupełnienia braków wniosku w wyznaczonym terminie. Jeśli braki te nie zostaną uzupełnione, wniosek nie zostanie rozpoznany.

Krok 4:

Odbierz kartę osobiście lub za pośrednictwem upoważnionej osoby.

Krok 5:

Włóż kartę za przednią szybę swojego pojazdu w taki sposób, aby widoczny był jej numer i data ważności.

7.8. INNE ULGI I UPRAWNIENIA

Osobom z niepełnosprawnością oraz rodzicom/opiekunom osób z niepełnosprawnością przysługują również liczne ulgi i inne uprawnienia, m.in.:

- ulga na przejazdy ZTM;
- ulga na przejazdy PKP;
- zwolnienie z opłaty abonamentowej RTV;
- ulgi pocztowe i szczególne uprawnienia w placówkach Poczty Polskiej;
- ulgi muzealne;
- ulgi paszportowe;
- zwolnienie z podatku od czynności cywilnoprawnych (przy zakupie na własne potrzeby sprzętu rehabilitacyjnego, wózka inwalidzkiego, motoroweru, motocykla lub samochodu osobowego).

7.9. OPIEKA WYTCHNINIOWA - EDYCJA 2024

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

1. dziećmi do ukończenia 16. roku życia posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności lub
2. 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 2023 r. poz. 100, z późn. zm.) - 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.

Na realizację Programu Minister Rodziny i Polityki Społecznej przeznaczył kwotę 190 000 000,00 zł.

Podmioty uprawnione do ubiegania się o finansowanie z Programu?

1. Gmina/powiat składa wniosek wraz z załącznikami do wniosku do właściwego wojewody za pośrednictwem Generatora Funduszu Solidarnościowego.
2. Wojewoda, po weryfikacji wniosków złożonych przez gminy/powiaty, sporządza listę rekomendowanych wniosków do finansowania w ramach Programu i przekazuje ją do Ministra wraz z informacją wojewody dotyczącą środków finansowych z Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024
3. Minister zatwierdza zbiorczą listę rekomendowanych wniosków w terminie 30 dni od dnia przekazania Ministrowi wszystkich list rekomendowanych wniosków wojewodów.

Program jest realizowany w dwóch formach:

- świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego
- świadczenia usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego

7.10. WSPARCIE PRZEZ ORGANIZACJE POZARZĄDOWE

Organizacje pozarządowe, w tym przede wszystkim **fundacje i stowarzyszenia**, których działalność statutowa obejmuje organizowanie i niesienie pomocy na rzecz osób z niepełnosprawnością, mogą wspierać osoby niepełnosprawne poprzez przekazywanie funduszy na ich leczenie, rehabilitację, zakup lekarstw, sprzętu medycznego, pomocy edukacyjnych i inne specjalne potrzeby.

Jedną z organizacji wspierających dzieci chore i niepełnosprawne jest **Fundacja Dzieciom „Zdążyć z Pomocą”**, której ideą przewodnią jest ratowanie zagrożonego życia dzieci, przywracanie im zdrowia, wspieranie ich edukacji, niesienie pomocy w trudnych warunkach materialnych. Fundacja Dzieciom „Zdążyć z Pomocą” jest organizacją pożytku publicznego działająca od 1998 r., która wspiera tysiące Podopiecznych.

Warunkiem objęcia działalnością statutową Fundacji jest zawarcie pisemnego **Porozumienia** z Fundacją.

Na mocy zawartego Porozumienia, Fundacja udostępnia swoim Podopiecznym rachunki bankowe do wpłat środków pieniężnych pochodzących z darowizn otrzymywanych przez Fundację z przeznaczeniem na rzecz konkretnego Podopiecznego oraz wpłat 1,5% podatku.

WAŻNE! 1,5% podatku można pozyskiwać tylko za pośrednictwem organizacji pozarządowej, która posiada status organizacji pożytku publicznego (OPP).

Podopieczni mogą pozyskiwać środki pieniężne także poprzez **zbiórki publiczne, niepubliczne i internetowe**.

Środki pieniężne zgromadzone na rzecz Podopiecznego na rachunkach bankowych Fundacji przeznaczone są na zaspokajanie jego indywidualnych potrzeb, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej.

Wydatkowanie środków pieniężnych zgromadzonych na rzecz Podopiecznego na rachunkach bankowych Fundacji następuje każdorazowo w postaci:

- **refundacji** kosztów poniesionych na rzecz Podopiecznego, na podstawie przedłożonych przez rodzica lub opiekuna rachunków, faktur lub innych dowodów księgowych;
- **bezpośredniego opłacenia** ich wystawcom.

Szczegółowe informacje o działalności Fundacji dla osób potrzebujących pomocy znajdują się na stronie internetowej Fundacji: www.dzieciom.pl



www.dzieciom.pl