



Rodzina bezpieczna w chorobie

Bezpłatna broszura informacyjna
adresowana do osób mających problemy
ze zdrowiem lub osobę chorą w rodzinie.

Informator powstał dzięki wsparciu Miasta Zielona Góra,
w ramach realizacji zadania publicznego
w zakresie ochrony i promocji zdrowia.



© Lubuskie Stowarzyszenie
na rzecz Kobiet „BABA”

Lubuskie Stowarzyszenie
na rzecz Kobiet BABA
NIP: 973-06-83-878,
REGON: 971293579,
65-067 Zielona Góra, Stary Rynek 17
(wejście od ul. Lisowskiego)
telefon: 68 4549232, 692 064 061
www.baba.org.pl
e-mail: baba@baba.org.pl



BABA jest organizacją pozarządową wspierającą wszystkie potrzebujące osoby i rodziny, zwłaszcza dotknięte przemocą. Bezpłatnie świadczymy porady prawne, psychologiczne, psychoterapię, doradztwo zawodowe i coaching. Wydajemy bezpłatne informatory, szkolimy wolontariuszy oraz chcących skutecznie pomagać. Edukujemy prawnie i przeciwp przemocowo dzieci i dorosłych. Za działalność w Stowarzyszeniu **BABA** nie pobierają wynagrodzenia. Działamy dzięki darowiznom. Wspierając nas - wspierasz osoby, którym pomagamy. Prosimy o wpłaty na konto: Raiffeisen Polbank nr **43 1750 0012 0000 0000 2109 7896**. **BABA** jest organizacją pożytku publicznego, można nas wesprzeć, rozliczając PIT; nasz nr **KRS 0000060904**.

SPIS TREŚCI

- 4 Myśli, uczucia, emocje
- 9 Odchodzące dziecko
- 12 Ubezpieczenie zdrowotne
- 18 Opieka nad osobami starszymi i zależnymi
- 27 Opieka nad osobami chorymi psychicznie
- 33 Uprawnienia osób niepełnosprawnych
- 37 Wsparcie opiekunów osób niepełnosprawnych i chorych
- 42 Pomoc społeczna
- 45 Renta socjalna
- 46 Opieka paliatywna
- 48 Prawa pacjenta
- 51 Koszty zaświadczeń lekarskich
- 52 Gdzie się leczyć w ramach ubezpieczenia?
- 53 Wzory pism

MYŚLI, UCZUCIA, EMOCJE

...Czasami mam już dosyć! Wszystko na mojej głowie! Za co, dlaczego to nas dotknęło? To częste myśli i emocje towarzyszące członkom rodzin osób dotkniętych chorobą lub niepełnosprawnością. Bywają sporadyczne, bywają natarczywe. Myśli te są jak najbardziej zrozumiałe i normalne. Wiążą się ze smutkiem, lękiem, bezradnością, złością, poczuciem winy. Nie pozwalają jednocześnie na proces akceptacji sytuacji, utrudniają pomaganie choremu. Razem z chorym członkowie rodziny przeżywają lęk, ból, cierpienie. Opieka nad chorym czy niepełnosprawnym jest absorbująca, czasochłonna, niszcząca więzi ze znajomymi i dalszą rodziną, bo opiekunowie nie mają czasu na pielęgnowanie i celebrowanie przyjaźni. Może pojawić się konieczność przerwania kariery, rezygnacja z życia zawodowego, z czym wiążą się dalsze trudności, np. problemy ekonomiczne, osamotnienie. Brak pieniędzy to pogorszenie się standardu życia opiekunów i jednocześnie osób pozostających pod ich opieką, zaczyna bowiem brakować środków na leczenie, rehabilitację, środki higieny, leki czy po prostu - na zwykłe życiowe potrzeby. Dlatego też coraz bardziej istotnym elementem wsparcia dla rodzin, w których pojawiła się nagła i krótkotrwała choroba, choroba przewlekła, śmiertelna, psychiczna lub niepełnosprawność psychiczna/fizyczna - jest pomoc psychologiczna.

Rodzina, tak samo jak chory, przechodzi przez różne fazy reakcji na chorobę

Szok, niedowierzenie...

Faza ta trwać może nawet do 3 miesięcy. Jest potrzebna, ponieważ chroni nas częściowo przed lękiem i rozpaczą. W fa-

zie tej uruchamiają się mechanizmy obronne - zarówno sam chory, jak i jego rodzina, poszukują innych wyjaśnień, niż to, które najbardziej przeraża. Wiele konsultacji z kolejnymi specjalistami podtrzymuje nadzieję, że być może to był jednak jakiś błąd w diagnozie. Często w tej fazie pojawiają się też próby szukania magicznego, cudownego uzdrowienia dla chorego. W związku z rozwojem medycyny coraz trudniej jest zaprzeczać wynikom badań i diagnozom lekarskim, wiele osób w rodzinie stara się zrobić wszystko, by chorego uzdrowić. To naturalna reakcja na rujnąjące poczucie bezradności. Szukanie alternatywnym wytłumaczeń dla pojawienia się choroby i sposobów leczenia daje poczucie wpływu na sytuację, pozwala na pozorne zachowanie kontroli nad stanem zdrowia chorego, w efekcie podtrzymuje mechanizm obronny. Sposobów jest wiele - od wróżek, znachorów, po talizmany, cudowne nasiona i soki, suplementy, paraleki itp. Przedłużanie się tej fazy może być ryzykowne ze względu na unikanie medycznych zaleceń. Co prawda, nadzieja czyni cuda, lecz medycyna leczy, co też daje nadzieję.

Gniew, bunt...

Po pierwszej fazie szoku i niedowierzania przychodzi jednak czas na konfrontację z chorobą. Jest to bardzo trudny czas dla rodziny, ponieważ rodzą się wtedy konflikty. Kumulacja negatywnych emocji wiąże się z obwinianiem innych, pograżaniem się w pytaniach typu: Dlaczego ja? Dlaczego my? Faza ta jest również potrzebna, ponieważ złość powoduje mobilizację organizmu do działania, do walki, ustalenia planu leczenia i zawalczenia o siebie. Niestety, też w tym czasie często chory i jego bliscy wewnątrznie skupiają się na swoim cierpieniu, na zewnątrz obwiniając innych. Długotrwałe pozostawanie w tej fazie może powodować gromadzenie się negatywnych

emocji, poczucie braku wsparcia i osamotnienia. Warto wtedy omówić otwarcie gromadzące się uczucia. Chory może mieć przekonanie, że tylko on ma prawo do złości i negatywnych emocji, prawo do buntu. Zdarza się również, że, obwiniając innych, żąda w rekompensacie opieki. To nie wzbudza chęci pomocy, a wsparcie staje się dla rodziny przykrym obowiązkiem. Pomocna staje się wówczas rozmowa o emocjach, wyrażenie zrozumienia dla ogromu złości, jaka pojawia się w reakcji na poczucie niesprawiedliwości i krzywdy. Ryzykowne jest, o czym warto wówczas pamiętać, przekształcenie się rozmowy w swoistą licytację - komu ciężej...

Układy, pertraktacje...

Jest to kolejna faza, która kończy bunt, lecz nadal wiąże się z brakiem zgody na chorobę. Pojawiają się wtedy obietnice typu: jeśli wyzdrowieję, to rzucę palenie; jeśli przeżyję, już nigdy nie zaniedbam badań okresowych, chorzy zawierają układy z Bogiem, z losem. To zaklinanie rzeczywistości, które także jest pielęgnowaniem złudzenia wpływu na rzeczywistość. Oczywiście układy te nie zmieniają nic w sytuacji i dość szybko następuje faza czwarta.

Depresja...

Trwa od kilku dni do kilku tygodni. Mechanizmy obronne przestają działać, zarówno chory, jak i jego rodzina dostrzegają, że choroba zburzyła dotychczasowy system wartości i przekonań o sobie, świecie i innych ludziach. Zalewa nas wszystkich smutek i cierpienie. Następuje skupienie na stratach, ograniczeniach oraz poczuciu krzywdy i niesprawiedliwości. Dopiero w tej fazie często pojawia się płacz. Dopiero teraz też pojawia się gotowość do przyjmowania wsparcia psychicznego. Jest to też bardzo ważny moment dla rodziny, która może teraz poczuć się rzeczywiście ważna i potrzebna.

Akceptacja...

Po przejściu poprzednich faz reakcji na chorobę, jako ostatnia pojawia się faza akceptacji. Często pojęcie akceptacji mylnie identyfikowane jest ze zgodą, uznaniem czegoś za dobre, poddaniem się. Akceptacja natomiast nie wiąże się z tym, że zaczynamy krzywdę postrzegać jako korzyść, akceptacja to po prostu uznanie faktu, że coś się wydarzyło/wydarza i że fakt ten nie niesie ze sobą bagażu negatywnych emocji. W fazie akceptacji następuje odbudowa systemu wartości i przekonań. Doświadczenie choroby pozwala się zatrzymać, zreflektować, przewartościować znaczenia, jakie do tej pory były nadawane sobie, światu i innym ludziom. Podobnie, jak w reakcji na traumę, poziom funkcjonowania po doświadczeniu choroby może być niższy, zbliżony do uprzedniego lub może też nastąpić rozwój. Zależy to właśnie od zmiany hierarchii wartości, zmiany percepcji siebie, relacji z innymi oraz filozofii życia, ukierunkowanej na uważność i świadomość. Nie zawsze w reakcji na chorobę pojawiają się wszystkie fazy po kolei. Niektóre nie pojawiają się w ogóle, niektóre też trwają zbyt długo, nie pozwalając przejść do końcowej - akceptacji. Jeśli Wasza rodzina, lub osoba chora w tej rodzinie pozostaje w fazie szoku, buntu, układów lub depresji - konieczne jest skonsultowanie się ze specjalistą. W życiu rodziny, w której jedna z osób doświadcza nagłej i krótkotrwałej lub przewlekłej, śmiertelnej choroby bądź niepełnosprawności - często cała uwaga koncentruje się na osobie chorej. Przypisana zostaje jej rola odbiorcy pomocy. Pozostali członkowie rodziny określają się wzajemnie przez pryzmat poświęcenia. Nie jest to zdrowe, ani dla chorego, ani dla jego rodziny. Żłudne przekonanie o tym, że znamy potrzeby innych, może doprowadzać do kumulacji konfliktów. Zamiast mówić: „Nie martw się”, warto po prostu zadać pytanie: „Jak Ci pomóc?”. Oczywiście ryzykujemy wtedy otrzymanie

odpowiedzi zwrotnej: „Nic nie chcę, poradzę sobie”. Wzbudza to poczucie bezradności w osobie, która chce pomóc. A tak naprawdę pokazuje wolę walki i dążenie do utrzymania poczucia zaradności u chorego.

W naszej kulturze dość silnie pozytywnie jest naznaczony kult poświęcania się. Niestety takie funkcjonowanie bardzo szybko może doprowadzić do wypalenia. I choć coraz częściej mówi się o wypaleniu zawodowym pielęgniarek oraz innych grup zawodowych skoncentrowanych na pomocy, to nadal bardzo mało mówi się o wypaleniu rodzin osób chorych. A one też mają prawo do odczuwania złości na chorego, do poczucia nadmiaru obowiązków, do buntu i poczucia uprzedmiotowienia. Sposobem na uniknięcie tych procesów jest zwrócenie uwagi na to, by odpoczywać, odreagować, skorzystać ze wsparcia dalszej rodziny czy przyjaciół. Im bardziej rodzina zadba o siebie i swoje samopoczucie psychiczne, tym bardziej udzielana pomoc będzie z poświęcenia przeobrażać się w relację bliskości. Zrozumienia i wsparcia potrzebuje nie tylko chory, ale też cała jego rodzina. Cenne stają się wówczas rozmowy z innymi rodzinami w zbliżonych sytuacjach, kiedy okazuje się, że odczuwane emocje złości i wyczerpania są naturalne.

Podział obowiązków chroni przed przeciążeniem i wiąże się z koniecznością rezygnacji z nadmiernej kontroli. Często najbliższe choremu osoby przekonane są o tym, że najlepiej znają jego potrzeby i najlepiej potrafią udzielić mu pomocy. To bardzo duży ciężar odpowiedzialności oraz przeszkoda w skupieniu się na własnych potrzebach. Kolejną przeszkodą w podzieleniu się opieką i stworzeniu swoistego planu opieki (z podziałem na konkretne osoby) jest także brak zgody na własne ograniczenia, zmęczenie, frustracje. Świadomość swoich potrzeb, emocji i frustracji jest niezbędna dla zachowania dobrostanu psychicznego każdego członka rodziny osoby cierpiącej z powodu choroby lub niepełnosprawności.

ODCHODZĄCE DZIECKO

Szczególnie trudną sytuacją jest ta, kiedy w rodzinie osobą chorą śmiertelnie jest dziecko. Wówczas najsilniejszym uczuciem jest paraliżujący lęk, panika. Strach jest emocją, która, jak każda inna jest potrzebna, aby uniknąć zagrożenia. Kiedy jednak zagrożenie jest nieuniknione, strach przestaje spełniać swoją funkcję. Rodzina oraz chory często starają się więc za wszelką cenę uniknąć lęku, nie chcą go odczuwać, nie potrafią sobie z nim poradzić. Ucieczka przed lękiem jest jednak niemożliwa, stosowane sposoby unikania pomagają jedynie w obniżeniu jego poziomu, natomiast nie dają możliwości zmierzenia się z nim. Dodatkowo wiąże się to z ryzykiem pojawienia się natrętnych myśli, które wtórnie lęk wzmagają. Jeśli **NIE UNIKAĆ LĘKU**, to zatem co zrobić z przeraźliwym strachem przed śmiercią osoby najbliższej - dziecka, rodzica, lub innego członka rodziny?

Doświadczyc lęku

Jest to najprostszy a zarazem najtrudniejszy sposób na to, by go nie unikać. Unikanie sprawia, że lęk nabiera na sile. Prosty przykładem na to, w jaki sposób sami wywołujemy myśli natrętne (w tym przypadku o śmierci) jest krótkie ćwiczenie - proszę teraz zamknij na chwilę oczy i nie myśl o twarzy swojej matki. Oczywiście to, co w tym momencie pojawia się w głowie, to właśnie wyobrażenie twarzy matki. Im bardziej staramy się o czymś nie myśleć, tym bardziej paradoksalnie myśl ta pozostaje w naszej głowie. Często boimy się własnego lęku, ponieważ uważamy, że człowiek nie powinien się bać, że od lęku można zwariować, że myślenie o złych rzeczach może je w magiczny sposób spowodować. Tzw. „ekspozycja” na lęk jest podstawą

techniką terapeutyczną w leczeniu zaburzeń lękowych. Można przeprowadzić ją w formie wyobrażenia, kiedy zamykając oczy wyobrażamy sobie najczarniejszy scenariusz. Celem nie jest tutaj myślenie negatywne, pesymizm, lecz sprawdzenie, co się ze mną stanie, jeśli mój lęk osiągnie maksimum. Jeśli sobie na niego przyzwolimy, przyjmujemy i nie będziemy z nim walczyć, to okaże się, że samoistnie spadnie już po ok. 20 min. Kiedy wyobrażenie takie będzie się powtarzać np. 2 razy tygodniu, to za każdym razem wzbudzany lęk będzie coraz niższy. Mimo udowodnionej skuteczności tej techniki jest ona trudna ze względu na to, że wydaje się wielu osobom paradoksalna, a silna tendencja do unikania wysokiego lęku powstrzymuje od całkowitego wystawienia się na katastroficzne wyobrażenia.

Rozmowa na temat tego, co najbardziej przeraża

Unikanie rozmów o śmierci (np. kiedy dziecko pyta „czy umrę?”) w żaden sposób nie chroni przed lękiem, a raczej go wzmacnia, otaczając zasłoną czegoś nieznanego, przerażającego. Nie jest to proste zadanie, głównie ze względu na to, że śmierć w obecnych czasach pozostaje takim samym tabu, jakim był seks w epoce wiktoriańskiej. Rozmowy z umierającymi dziećmi są ogromnym obciążeniem, które wydaje się być ponad siły. Wiele dzieci przez to umiera w osamotnieniu, ponieważ ani rodzice, ani lekarze nie chcą lub nie potrafią z nimi szczerze rozmawiać. Jeśli już jednak potrafimy otworzyć się na temat śmierci, możemy bez lęku dziecku o tym opowiedzieć (ważne, aby była to opowieść pozbawiona lęku) - np., że śmierć jest naturalną częścią życia, że każdy kiedyś umiera, że jest to bardzo smutne dla tych osób, które pozostają bo nie mogą się już z nim bawić, rozmawiać, chodzić na spacer. Ważne też, aby zaznaczyć, że śmierć nie jest koniecznym etapem choroby. Godną polecenia pomocą są coraz bardziej popularne bajki terapeutyczne, które

pomagają „oswoić się” z lękiem przed śmiercią nie tylko dziecku, ale każdemu członkowi rodziny. Przykładem są książki Doris Brett „Bajki, które leczą” lub Marii Molickiej „Bajki terapeutyczne”. Również na stronach internetowych dostępne są pojedyncze opowiadania. Jeśli chodzi o dzieci starsze oraz dorosłych - warto przeczytać książkę „Oskar i Pani Róża” (Eric-Emmanuel Schmitt). Dobrym pomysłem jest głośne czytanie wspólne, wtedy można razem otworzyć się na emocje swoje i innych, porozmawiać o tych fragmentach, które najbardziej wzruszają, smućą. O tym, co czujemy sami, jak to się ma do sytuacji rodziny. Takie omówienie mimo, że może być trudne, jest nie tylko oczyszczające, ale zbliżające i wzmacniające więź.

Zmiana znaczenia funkcji leczenia

Leczymy się po to, by osiągnąć jakiś cel, a nie po to, by uniknąć (sic!) śmierci, choroby, bólu. Koncentrując się na ucieczce biegniemy „na oślep”, a bez celu łatwo stracić drogę lub nawet powrócić do punktu wyjścia. Ważne jednak, aby cele były osiągalne i stopniowe. Leczymy się po to, by móc zjeść pyszne ciasto upieczone przez babcię, po to, by móc oglądnąć bajkę, by przeczytać książkę, albo po to, żeby móc iść na spacer, na basen, do kolegi - w zależności od aktualnego stanu zdrowia cele te przesuwane mogą być coraz dalej. Ma to ogromne znaczenie dla zaangażowania się w proces leczenia. Ważne, by cele te były osiągalne. Niekiedy są bardzo trudne do sprecyzowania, zwłaszcza w opiece paliatywnej. Dostrzeganie możliwości dnia dzisiejszego może pomóc w określeniu celu na dzień następny. Wówczas każdy z członków rodziny razem z chorym mogą zacząć postrzegać chorobę jako bieżące ograniczenie, nie koncentrując się na związanych z chorobą zagrożeniach, co dodatkowo wzmacnia lęk i skłania do unikania.

Uważność – jest koncentracją na tym co tu i teraz

Niekiedy pojawia się poczucie, że dzieci „czegoś nie rozumieją”, nie boją się, nie przerażają się tak bardzo, jak dorośli. Osiągają to głównie dzięki swojej uważności i koncentracji na teraźniejszości. Tym bardziej jednak trudnym jest zniesienie ograniczeń, które nie pozwalają przypatrzeć się uważnie otaczającemu światu. Uważność też wiąże się z koncentracją na sobie, np. swoim oddechu. Dla dzieci w wieku 5-8 lat ciekawą pomocą jest ćwiczenie relaksacyjne „Uważność i spokój żabki”, nagranie dostępne w Internecie lub z książką o tym samym tytule. Dla dorosłych dostępne też jest wiele nagrań „mindfulness”, które wspomagają ćwiczenie uważności. Dzięki temu nie wybiegamy w przyszłość, której się boimy, nie wyobrażamy sobie przerażających rzeczy, które mogą się wydarzyć. Skupiamy się na wartościach, jakie mamy „tu i teraz”, jesteśmy bardziej dostępni dla innych i dla samego siebie.

UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

Każdemu obywatelowi prawo do opieki medycznej zapewnia Konstytucja. A jak to jest realizowane w rzeczywistości?

Ubezpieczenie zdrowotne obowiązkowe

Żeby otrzymać bezpłatnie pomoc medyczną musimy mieć ubezpieczenie zdrowotne. Obowiązkowo ubezpieczeniu zdrowotnemu podlegają: pracownicy, osoby prowadzące działalność gospodarczą, wszystkie dzieci, studenci, uczniowie, emeryci, renciści i bezrobotni. Osoby ubiegające się o przyznanie emerytury lub renty mają prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego w czasie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego

nabywa prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w momencie zgłoszenia jej do ubezpieczenia zdrowotnego. Zgłoszenia dokonuje płatnik składki na ubezpieczenie zdrowotne, więc będzie to pracodawca, szkoła, uczelnia wyższa, ośrodek pomocy społecznej, urzędy pracy, ZUS, KRUS. Osoba, która prowadzi działalność gospodarczą ma obowiązek zgłoszenia się do ubezpieczenia zdrowotnego samodzielnie.

Każdy ubezpieczony ma obowiązek zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członków swojej rodziny. Za brak zgłoszenia można zostać karanym grzywną. Członkowie rodziny po zgłoszeniu ich do ubezpieczenia nabywają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na takich samych zasadach i w takim samym zakresie, jak osoba ubezpieczona. Członkami rodziny mającymi prawo do korzystania z ubezpieczenia zdrowotnego są:

1. Dziecko do ukończenia 18 r.ż. (własne, małżonka, przysposobione, wnuk, dziecko obce, dla których ustanowiono opiekę lub dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka). Jeśli dziecko kontynuuje naukę, może być zgłoszone do ubezpieczenia jako członek rodziny do ukończenia 26 lat. Po tym czasie - o ile nie jest ubezpieczone z żadnego innego tytułu - powinno powiadomić szkołę lub uczelnię, która będzie zobowiązana zgłosić je do ubezpieczenia. Dziecko posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub inne traktowane na równi) może być zgłaszane do ubezpieczenia bez ograniczenia wieku.
2. Małżonek.
3. Wstępni (rodzice, dziadkowie) pozostający z osobą ubezpieczoną we wspólnym gospodarstwie domowym.
4. Dziadkowie mogą zgłosić wnuka do ubezpieczenia zdrowotnego tylko w przypadku, gdy żaden z rodziców nie podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu lub nie jest osobą uprawnioną do świadczeń opieki.

Prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego wygasa:

1. po upływie 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego (np. w przypadkach: ustania stosunku pracy lub zakończenia prowadzenia działalności gospodarczej);
2. dla osób, które ukończyły szkołę ponadgimnazjalną, wygasa po 6 miesiącach od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy uczniów;
3. dla osób, które ukończyły szkołę wyższą, wygasa po 4 miesiącach od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy studentów.

Ubezpieczenie zdrowotne dobrowolne (płatne)

Jeśli osoba, która straciła prawo do świadczeń opieki zdrowotnej z tytułu objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, nadal chce z nich korzystać, może ubezpieczyć się dobrowolnie. W tym celu należy zawrzeć umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ubezpieczenie zdrowotne obowiązuje od dnia zawarcia umowy, zaś ustaje z dniem rozwiązania tej umowy lub po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w płaceniu składek za ubezpieczenie.

Rozwiązać umowę o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne można na pisemny wniosek ubezpieczonego. We wniosku powinna być określona data, od której rezygnujemy z ubezpieczenia zdrowotnego. Po rozwiązaniu umowy dobrowolnego ubezpieczenia w NFZ należy ją wyrejestrować we właściwym oddziale ZUS. Dobrowolne ubezpieczenie ustaje w przypadku objęcia obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym. Osoba, która zawarła umowę o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia członków

rodziny niepodlegających obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu. Zgłoszenie do ubezpieczenia członków rodziny nie wiąże się z koniecznością odprowadzania dodatkowej składki. Członków rodziny ubezpieczony zgłasza do NFZ poprzez wypełnienie załącznika do umowy oraz złożenie w ZUS odpowiednio wypełnionego dokumentu.

Członkami rodziny są następujące osoby:

- dziecko własne, dziecko drugiego małżonka, dziecko przysposobione, wnuk albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej, to do ukończenia 26 lat, natomiast jeśli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi, to bez ograniczenia wieku,
- małżonek,
- wstępni pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

Potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej

Zakład leczniczy na podstawie dokumentu tożsamości powinien sam ustalić nasze prawo do świadczeń z opieki zdrowotnej - online w systemie eWUŚ (na podstawie numeru PESEL). Może jednak zdarzyć się, że zgłaszając się po pomoc do przychodni lub szpitala, mogą od nas na miejscu zażądać potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. Można to potwierdzić na 3 sposoby:

1. wygenerowanie dokumentu elektronicznego w systemie elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców (eWUŚ);

2. przedstawienie jednego z dotychczasowych dokumentów na papierze potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej;
3. złożenie oświadczenia o przysługującym prawie do korzystania z opieki zdrowotnej.
4. Pamiętajmy, żeby, idąc do placówki zdrowia, zabrać ze sobą
5. dowód osobisty lub inny dokument tożsamości (paszport, prawo jazdy, legitymację szkolną).

Opieka zdrowotna kobiet w ciąży

Pomimo braku jakiegokolwiek tytułu ubezpieczenia kobieta w ciąży jest uprawniona do wszystkich świadczeń, jakie muszą być jej udzielone ze względu na stan zdrowia. W przypadku odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych, kobieta powinna zgłosić ten fakt do Narodowego Funduszu Zdrowia. Fundusz jest zobowiązany udzielić jej pomocy. Do zakładów leczniczych kobiety powinny się zgłaszać z kartą ciąży, która jest zakładana podczas pierwszej wizyty przez lekarza ginekologa. Brak jednak tego dokumentu nie może być podstawą do odmowy udzielenia świadczeń. Uprawnienie kobiety do bezpłatnej opieki zdrowotnej trwa do zakończenia porodu, więc przez 6 tygodni po porodzie.

Ubezpieczenie zdrowotne opłacane przez pomoc społeczną

W przypadku braku ubezpieczenia zdrowotnego i trudnej sytuacji materialnej istnieje możliwość ubiegania się o opłacenie składki na ubezpieczenie zdrowotne przez organ pomocy społecznej. Zgodnie z art. 36 pkt 2 lit. do ustawy o pomocy społecznej do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie (czyli bezpłatnie, tak jak osoby ubezpieczone) mają

prawo osoby inne niż ubezpieczone posiadające obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które spełniają kryterium dochodowe, określone w przepisach o pomocy społecznej (634 zł dla osoby samotnej, 514 zł na osobę w rodzinie).

Aby otrzymać tę formę pomocy społecznej musimy złożyć wniosek. Można to zrobić na piśmie lub ustnie do protokołu, który ma obowiązek sporządzić pracownik pomocy społecznej. Organ wydaje decyzje po przeprowadzeniu wywiadu rodzinnego oraz udokumentowaniu: obywatelstwa polskiego, zamieszkiwania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, spełnienia kryterium dochodowego zgodnego z ustawą o pomocy społecznej, stwierdzeniu braku występowania dysproporcji pomiędzy wysokością dochodu a sytuacją majątkową.

Świadczenie przyznaje się na okres 90 dni. W przypadku dłuższej choroby ubezpieczenie może być przedłużone o kolejne 90 dni. Wymaga to złożenia ponownego wniosku. Decyzja jest dowodem na przysługiwanie bezpłatnej opieki zdrowotnej i powinniśmy ją zabrać ze sobą, udając się po pomoc.

Ubezpieczenie zdrowotne wolontariuszy

Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie daje możliwość zapewnienia wolontariuszowi ubezpieczenia zdrowotnego. Ubezpieczenie to nie jest obowiązkowe i zależy od ustaleń pomiędzy wolontariuszem i korzystającym - czyli podmiotem, na rzecz którego działa. Ubezpieczenie to umożliwia wolontariuszowi bezpłatne korzystanie z publicznej służby zdrowia i publicznej opieki medycznej. Korzystający, czyli organizacja lub instytucja z którą wolontariusz ma zawartą umowę o współpracy, zgłasza go do ubezpieczenia.

OPIEKA NAD OSOBAMI STARSZYMI I ZALEŻNYMI

Wiele osób w starszym wieku, wymaga pomocy w życiu codziennym. Idealnie jest, gdy rodziny same są w stanie zapewnić pomoc swoim bliskim. Czasem jednak potrzebna jest pomoc innych instytucji, gdy osoba starsza jest samotna lub najbliżsi, z jakiś przyczyn, nie mogą zapewnić pomocy.

Usługi opiekuńcze w domu

Jeżeli osoba starsza jest w stanie funkcjonować samodzielnie przy pomocy opiekuna, opiekun przychodzi do mieszkania osoby starszej. To jedna z form pomocy społecznej. Zakres usług opiekuńczych jest uzależniony od potrzeb podopiecznego. W decyzji przyznającej prawo do takich usług jest wyszczególnione, w jakim zakresie będą świadczone. W ramach usług opiekuńczych możemy uzyskać następującą pomoc:

- pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb, tj. zakup niezbędnych art. spożywczych, higienicznych i przemysłowych, pomoc w utrzymaniu higieny osobistej (mycie, pomoc w ubieraniu),
- załatwianie wizyt lekarskich,
- gotowanie czy przynoszenie posiłków, utrzymanie, opieka higieniczna (dotyczy osób leżących lub poruszających się na wózku), tj. toaleta chorego w łóżku, mycie głowy, golenie, zmiana bielizny osobistej i pościelowej, pomoc w usprawnianiu itp.
- zlecona przez lekarza pielęgnacja,
- zapewnienie kontaktów z otoczeniem.

Co musimy zrobić żeby z takiej pomocy skorzystać? Właściwie powinno wystarczyć zawiadomienie o takiej potrzebie miejscowego Ośrodka Pomocy Społecznej, w formie telefonicznej, pisemnej lub poproszenie kogoś o poinformowanie pracownika socjalnego o takiej potrzebie. W ciągu 14 dni pracownik socjalny powinien przyjść do mieszkania osoby chorej w celu sporządzenia wywiadu środowiskowego. Jeżeli pomoc jest potrzebna pilnie, pracownik winien przyjść w ciągu 2 dni. Podczas tego wywiadu starajmy się jak najbardziej precyzyjnie określić, jakie mamy potrzeby i jakiej pomocy oczekujemy. Pozwoli to ocenić pracownikowi socjalnemu sytuację i dopasować pomoc do potrzeb. Wiele osób obawia się wizyty pracownika socjalnego w swoim domu. Jednak wywiad środowiskowy z jednej strony jest warunkiem koniecznym do wydania decyzji o udzieleniu wsparcia, a z drugiej - jest formą rozmowy, w czasie której doświadczony pracownik socjalny jest w stanie ocenić sytuację rodzinną, osobistą czy materialną. Jest więc niezbędnym elementem procedury. Musimy też przygotować dokumenty: dowód osobisty, orzeczenie o niepełnosprawności, jeśli je posiadamy, zaświadczenie o wysokości dochodów (decyzja ZUS, odcinek renty), dokumenty leczenia.

Pomoc udzielana jest wyłącznie za zgodą podopiecznego. Nie można do niej nikogo zmusić. Obecnie coraz częściej zdarza się, że opiekunki nie są pracownikami pomocy społecznej, ale organizacji lub przedsiębiorstw otrzymujących zlecenie na wykonywanie tego typu usług.

Wybór wykonawcy dokonywany jest zwykle poprzez kryterium ceny, co może doprowadzić do obniżenia jakości usług. Przedsiębiorcy, zajmujący się w swojej działalności świadczeniem usług opiekuńczych, dążą do uzyskania jak największych zysków, ograniczając wydatki na zatrudnienie wykwalifikowanej kadry czy szkolenia. Jeżeli zauważamy, że jakość usług opiekuńczych się

pogorszyła, należy o tym zawiadomić ośrodek pomocy społecznej. Usługi opiekuńcze są odpłatne. Godzinowy koszt takiej usługi ustalany jest na podstawie wydatków brutto poniesionych na zatrudnienie osób świadczących i organizujących usługi w roku poprzednim. Odpłatność jest uzależniona od dochodu podopiecznego jeżeli prowadzi sam gospodarstwo domowe, lub od dochodu jaki przypada na osobę w rodzinie. W Zielonej Górze, jeżeli dochód nie przekracza 200% kryterium dochodowego dla celów pomocy społecznej, usługi opiekuńcze są bezpłatne, do 300% kryterium dochodowego odpłatność wynosi 10% kosztów, do 400% kryterium dochodowego odpłatność wynosi 50%, powyżej naliczona będzie pełna odpłatność. Nalicza się z dołu, zgodnie z dokumentacją potwierdzającą liczbę godzin usług faktycznie zrealizowanych.

W szczególnie uzasadnionych przypadkach, zwłaszcza, jeżeli żądanie zwrotu wydatków na udzielone świadczenie w całości lub części stanowiłoby dla osoby zobowiązanej nadmierne obciążenie finansowe, dyrektor ośrodka, biorąc pod uwagę sytuację zdrowotną, rodzinną i mieszkaniową, na wniosek osoby zainteresowanej, może częściowo lub całkowicie odstąpić od żądania zwrotu odpłatności. Takimi szczególnymi przypadkami mogą być:

- podopieczny ponosi wydatki związane z leczeniem, rehabilitacją, opłatami mieszkaniowymi, zapewnieniem dodatkowej opieki, po uregulowaniu których na utrzymanie pozostaje kwota równa lub niższa od kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej lub w przypadku osoby w rodzinie od kryterium dochodowego na osobę w rodzinie;
- stan zdrowia wymaga przyznania dużej ilości godzin usług z powodu przewlekłej lub obłożnej choroby powodującej, iż odpłatność zagraża jego egzystencji;

- usługi opiekuńcze w jednym gospodarstwie domowym sprawowane są na rzecz więcej niż jednej osoby, w tym co najmniej jednej przewlekle chorej;
- nie ma możliwości wyegzekwowania odpłatności z uwagi na zmiany chorobowe wieku podeszłego;
- podopieczny dotknięty zostaje zdarzeniem losowym.

Domy Pomocy Społecznej

Jeżeli stan zdrowia uniemożliwia samodzielne funkcjonowanie, a usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania są niewystarczające, można ubiegać się o przyjęcie do Domu Pomocy Społecznej (DPS). Zgodnie z obowiązującymi przepisami domy pomocy społecznej mogą być prowadzone po uzyskaniu zezwolenia wojewody przez organy jednostek samorządu terytorialnego, Kościół katolicki, inne kościoły i związki wyznaniowe, organizacje i stowarzyszenia społeczne, fundacje oraz inne osoby prawne i fizyczne.

Osoba starsza musi wyrazić zgodę na pobyt w DPS. W wyjątkowych przypadkach zgodę taką może wydać Sąd Rodzinny. Aby załatwić pobyt w DPS, zwracamy się do Ośrodka Pomocy Społecznej (OPS) o wydanie skierowania. DPS-y są placówkami przeznaczonymi dla osób, które nie kwalifikują się do leczenia szpitalnego, lecz z uwagi na podeszły wiek, schorzenia, warunki rodzinne, mieszkaniowe i materialne oraz sytuację życiową wymagają opieki. DPS-y, w zależności od tego, dla kogo są przeznaczone, dzielą się na następujące typy domów, dla: osób w podeszłym wieku, osób przewlekle somatycznie chorych, osób przewlekle psychicznie chorych, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, osób niepełnosprawnych fizycznie, osób uzależnionych od alkoholu.

Do DPS kieruje się na podstawie:

1. pisemnego wniosku osoby ubiegającej się o skierowanie do domu, złożonego do OPS właściwego ze względu na jej miejsce zamieszkania lub pobytu w dniu jej kierowania; za zgodą osoby ubiegającej się lub jej przedstawiciela ustawowego wniosek może zgłosić inna osoba fizyczna lub prawna, a także powiatowe centrum pomocy rodzinie (PCPR) lub OPS;
2. rodzinnego wywiadu środowiskowego przeprowadzonego przez pracownika socjalnego OPS właściwego ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu osoby ubiegającej się w dniu jej kierowania, zawierającego w szczególności pisemne stwierdzenie braku możliwości zapewnienia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania przez rodzinę i gminę.

Do wniosku dołącza się:

- decyzję o przyznaniu osobie ubiegającej się zasiłku stałego lub decyzję organu emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury lub renty;
- pisemną zgodę na ponoszenie opłaty i na jej potrącanie ze otrzymywanych świadczeń;
- oświadczenia o wysokości dochodu osoby ubiegającej się, małżonka, zstępnych przed wstępnymi zobowiązanymi do ponoszenia opłaty.

Dom pomocy społecznej, niezależnie od typu, świadczy usługi z zakresie **potrzeb bytowych**, zapewniając: miejsce zamieszkania, wyżywienie, odzież i obuwie, utrzymanie czystości; **opiekuńcze**, czyli udzielanie pomocy w podstawowych czynnościach życiowych, pielęgnacji, niezbędnej pomocy w załatwianiu spraw osobistych; oraz w zakresie **wspomagania**, polegającym na: umożliwieniu udziału w terapii zajęciowej, podnoszeniu sprawności i aktywizacji mieszkańców domu,

umożliwieniu zaspokojenia potrzeb religijnych i kulturalnych, zapewnieniu warunków do rozwoju samorządności mieszkańców domu, stymulowaniu nawiązywania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną i społecznością lokalną, działaniu zmierzającym do usamodzielnienia mieszkańca domu, w miarę jego możliwości, pomocy usamodzielniającemu się mieszkańcowi domu w podjęciu pracy, szczególnie mającej charakter terapeutyczny, jeżeli spełnia on warunki do takiego usamodzielnienia, zapewnieniu bezpiecznego przechowywania środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych, finansowaniu mieszkańcowi domu nieposiadającemu własnego dochodu wydatków na niezbędne przedmioty osobistego użytku, w kwocie nieprzekraczającej 30% zasiłku stałego, o którym mowa w art. 37 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, zapewnieniu przestrzegania praw mieszkańców domu oraz zapewnieniu mieszkańcom dostępu do informacji o tych prawach, sprawnym wnoszeniu i załatwianiu skarg i wniosków mieszkańców domu.

Pobyt w domu pomocy jest odpłatny

Tak wskazuje art. 61 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej. Obowiązani do wnoszenia opłaty za pobyt w DPS są w kolejności:

1. Mieszkaniec domu, nie więcej jednak niż 70% swojego dochodu, a w przypadku osób małoletnich przedstawiciel ustawowy z dochodów dziecka. Jeżeli dochód nie wystarcza na pokrycie w całości opłaty za DPS, to obowiązek ponoszenia opłaty przechodzi na inne osoby.
2. Małżonek, zstępni przed wstępnymi. Gdy osoba umieszczona w domu pomocy społecznej nie jest w stanie ponieść kosztów pobytu w placówce, obowiązek wnoszenia opłat spoczywa na małżonku, w następnej kolejności na zstępnych (dzieci, wnuki),

a w dalszej kolejności na wstępnych (rodzice, dziadkowie).

3. Gmina, z której osoba została skierowana do DPS; przy czym osoby i gmina określone w pkt 2 i nie mają obowiązku wnoszenia opłat, jeżeli mieszkaniec domu ponosi pełną odpłatność.

Przed wydaniem skierowania organ pomocy społecznej prowadzi postępowanie mające na celu ustalić osoby zobowiązane do pokrywania kosztów pobytu. Osoby będące w kręgu potencjalnych zobowiązanych są stronami tego postępowania. Postępowanie może się toczyć dwoma trybami:

1. ugody - kierownik OPS 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. Osoba zobowiązana nie musi zawierać takiej umowy.
2. decyzji administracyjnej - jeżeli nie dojdzie do zawarcia umowy pomiędzy osobą zobowiązaną a kierownikiem organu pomocy społecznej, krąg zobowiązanych i wysokość wnoszonej opłaty ustalany jest w drodze decyzji. Od decyzji przysługuje odwołanie.

Opłatę za pobyt w DPS małżonek, zstępnymi przed wstępnymi wnoszą:

- 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, obecnie (2018 r.) jest to kwota 634 zł x 300% = 1902 zł. netto,
- 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, obecnie (2018 r.) 514 zł (kryterium) \times 300% = 1542 zł netto.

Jak z powyższego wynika, za pobyty krewnych w DPS zobowiązani są płacić nie tylko „bogaci krewni”, ale również ci żyjący z niewielkich dochodów. Zgodnie z ustawą, mieszkańiec domu płaci 70% swojego dochodu, pozostałą część zobowiązany jest zapłacić: małżonek, dzieci, wnuki. Do pełnej wysokości odpłatności gmina płaci dopiero wówczas, gdy nie można obciążyć już żadnego krewnego. Kwota 300% kryterium dochodowego jest chroniona, wszystko ponad tę kwotę może być przeznaczone na pokrycie kosztów pobytu osoby w DPS. Powoływanie się na własne koszty utrzymania (opłaty, kredyty, dojazdy do pracy) zbyt dużego znaczenia mieć nie będą. Ustawa ustala okoliczności, w jakich można ubiegać się o zwolnienie z ponoszenia opłat. Jest to możliwe w określonych w ustawie przypadkach, gdy:

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.

Do 1 stycznia 2004 r. koszt pobytu osób w DPS-ach finansowany był z budżetu państwa. Nadal na osoby umieszczone go tego dnia przekazywana jest dotacja i krewni tych osób nie muszą pokrywać kosztów pobytu. Przeciętny koszt pobytu w DPS to kwota około 3 tys. zł. To kwota bardzo wysoka w porównaniu do przeciętnych świadczeń emerytalnych i rentowych. Mimo to DPS-y borykają się z problemami finansowymi. Usługi świadczone są często na niskim poziomie. Wysoki koszt pobytu nie przekłada się na warunki, w jakich przebywają mieszkańcy. Pokoje w większości są wieloosobowe. Stawka żywieniowa niewysoka.

Zasilek pielęgnacyjny i dodatek pielęgnacyjny

Zasilek pielęgnacyjny i dodatek pielęgnacyjny to dwa różne świadczenia przysługujące na podstawie innych ustaw i po spełnieniu ściśle określonych w nich warunków. Uprawniony do dodatku pielęgnacyjnego nie może otrzymać zasiłku pielęgnacyjnego. Dodatek pielęgnacyjny ma charakter ubezpieczeniowy, a zasilek pielęgnacyjny - charakter pomocowy.

Dodatek pielęgnacyjny przyznawany jest osobie uprawnionej do emerytury lub renty, pod warunkiem, że osobę uznano za całkowicie niezdolną do pracy, do samodzielnej egzystencji albo osoba ukończyła 75 lat życia. O całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji orzeka ZUS. W 2018 r. dodatek ten wynosi 215,84 zł.

Zasilek pielęgnacyjny przyznaje się w celu częściowego pokrycia wydatków związanych z koniecznością zapewnienia osobie niepełnosprawnej opieki i pomocy innej osoby w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. Świadczenie to przysługuje: niepełnosprawnemu dziecku (do 16 r.ż.),

- osobie niepełnosprawnej, która ukończyła 16 lat i ma orzeczoną niepełnosprawność w stopniu znacznym,
- osobie niepełnosprawnej, która ukończyła 16 lat i ma orzeczoną niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym, pod warunkiem, że niepełnosprawność (bez względu na jej stopień) powstała w wieku do ukończenia 21 r.ż.,
- osobie, która ukończyła 75 lat (bez żadnych innych warunków).

Osoba występująca o zasiłek pielęgnacyjny w związku z niepełnosprawnością powinna dołączyć do wniosku orzeczenie o niepełnosprawności albo o znacznym czy umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, określone w przepisach o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, wydane przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności. Koniecznym załącznikiem do wniosku jest również uwierzytelniona kopia dokumentu stwierdzającego tożsamość wnioskodawcy. Natomiast osoba, która ukończyła 75 lat życia, do wniosku o zasiłek pielęgnacyjny dołącza tylko dokument potwierdzający wiek, np. dowód osobisty albo skrócony odpis aktu urodzenia. W 2018 r. zasiłek wynosi 153 zł. Przyznawany jest na wniosek. Zasiłek pielęgnacyjny nie przysługuje osobie umieszczonej w instytucji zapewniającej nieodpłatnie całodobowe utrzymanie

OPIEKA NAD OSOBAMI CHORYMI PSYCHICZNIE

Choroba psychiczna w rodzinie to szczególny problem. Rodziny samodzielnie są w stanie zapewnić opiekę członkowi choremu somatycznie, ale z chorobami psychicznymi w większości przypadków nie radzą sobie. Aby opiekować się taką osobą,

trzeba mieć już specjalistyczną wiedzę i na pewno przekracza to możliwości przeciętnej polskiej rodziny. Osoby podejmujące się takiej opieki szukają pomocy i w większości przypadków jej nie znajdują. Przychodnie zdrowia psychicznego nie zapewniają faktycznie żadnej pomocy poza poradami lekarskimi, która w części przypadków ograniczają się do przepisania preparatów farmakologicznych. Jeżeli jest możliwość podania ich choremu - na pewno mogą złagodzić problem, lecz nie każdy chory psychicznie przyjmuje leki. Niektórzy chorzy są agresywni. Faktyczny opiekun chorego psychicznie zdany jest na siebie samego i problemy, jakie stwarza choroba. Z czasem przychodzi bezsilność, która nie służy ani choremu, ani opiekunowi. Nieumiejętna opieka nad chorym psychicznie niszczy więzi rodzinne i odbiera możliwość poprawienia zdrowia psychicznego osobie chorej.

Mało kto wie, że problem zdrowia psychicznego reguluje odrębna ustawa: z dnia 19 sierpnia 1994 r. „o ochronie zdrowia psychicznego”. Na podstawie tej ustawy opracowywane są Narodowe Programy Ochrony Zdrowia Psychicznego, które powinny doprowadzić do poprawy leczenia i opieki nad osobami chorymi psychicznie. Programów już było wiele, do zasadniczych zmian nie doprowadziły. Oceną ostatniego programu zajęła się Najwyższa Izba Kontroli: *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego zakończył się fiaskiem. Wyznaczonych celów i wytyczonych zadań nie zrealizowała ani administracja rządowa, ani samorządowa. Nie udało się ograniczyć występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego, ani polepszyć jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich. Nie poprawiła się też dostępność świadczeń opieki psychiatrycznej w latach 2011-2015. W ocenie NIK główne przyczyny fiaska Programu to niezaplanowanie środków finansowych przez realizatorów poszczególnych zadań,*

nieskuteczna koordynacja Programu, a także ogólnikowość części celów i zadań. Obecnie mamy kolejny program, można się zapoznać z jego treścią Dz.U.Poz.458 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022.

Współcześnie na świecie, za najlepszy model opieki psychiatrycznej uważa się psychiatrę środowiskową. Zakłada on powstanie takiego rodzaju pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi, który jest dostępny i położony w pobliżu miejsca zamieszkania. Jest zorientowany na osoby z zaburzeniami i oferuje im wszechstronne oddziaływania terapeutyczne.

Zgodnie z ustawą „o ochronie zdrowia psychicznego” jednostki organizacyjne pomocy społecznej mają wobec osób chorych psychicznie obowiązki określone w art. 8 ustawy.

- 1. Jednostki organizacyjne i inne podmioty działające na podstawie ustawy o pomocy społecznej, zwane dalej „organami do spraw pomocy społecznej”, w porozumieniu z podmiotami leczniczymi udzielającymi świadczenia zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej organizują na obszarze swojego działania oparcie społeczne dla osób, które z powodu choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego mają poważne trudności w życiu codziennym, zwłaszcza w kształtowaniu swoich stosunków z otoczeniem, w zakresie edukacji, zatrudnienia oraz w sprawach bytowych.*
- 2. Oparcie społeczne polega w szczególności na: 1) podtrzymywaniu i rozwijaniu umiejętności niezbędnych do samodzielnego, aktywnego życia; 2) organizowaniu w środowisku społecznym pomocy ze strony rodziny, innych osób, grup, organizacji społecznych i instytucji; 3) udzielaniu pomocy finansowej, rzeczowej oraz innych świadczeń na zasadach określonych w ustawie o pomocy społecznej.*

Jednostki organizacyjne pomocy społecznej to m.in.: regionalne ośrodki polityki społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie, ośrodki pomocy społecznej. Zgodnie z ustawą, rodziny powinny szukać pomocy dla bliskich dotkniętych chorobą psychiczną w lokalnym OPS i PCPR. Do ich obowiązków należy organizacja w obszarze działania oparcia społecznego dla osób, które z powodu choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego mają poważne trudności w życiu codziennym, zwłaszcza w kształtowaniu relacji z otoczeniem, w zakresie edukacji, zatrudnienia oraz w sprawach bytowych. Oparcie społeczne polega w szczególności na:

- podtrzymywaniu i rozwijaniu umiejętności niezbędnych do samodzielnego, aktywnego życia,
- organizacji w środowisku społecznym pomocy ze strony rodziny, innych osób, grup, organizacji społecznych i instytucji,
- udzielaniu pomocy finansowej, rzeczowej oraz innych świadczeń na zasadach określonych w ustawie o pomocy społecznej.

Warto zatem zwrócić się do OPS, aby w ramach obowiązków, zorganizował opiekę nad osobą chorą psychicznie. Ma taki obowiązek wobec chorych i nie może odmawiać, podając jako powody np. braki organizacyjne. Jest to część pracy socjalnej, jaką są zobowiązani świadczyć we współpracy z Poradnią Zdrowia Psychicznego. Każda osoba chora psychicznie wymaga indywidualnego podejścia i indywidualnej organizacji jej funkcjonowania w społeczeństwie. Na tym polega psychiatria środowiskowa.

Usługi opiekuńcze dla osób chorych psychicznie

Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi są świadczone w miejscu zamieszkania. Sposób

świadczenia usług reguluje Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych. O pomoc w formie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi należy zwrócić się więc do OPS w miejscu zamieszkania. Wymagane jest zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia uzasadniające korzystanie z tego rodzaju usług, które powinien wystawić lekarz psychiatra.

Zgodnie z Rozporządzeniem specjalistyczne usługi są świadczone przez osoby mające kwalifikacje do wykonywania zawodu: pracownika socjalnego, psychologa, pedagoga, logopedy, terapeuty zajęciowego, pielęgniarki, asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekunki środowiskowej, specjalisty w zakresie rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuty lub innego zawodu dającego wiedzę i umiejętności pozwalające świadczyć określone specjalistyczne usługi.

Osoby świadczące specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi muszą posiadać co najmniej półroczny staż w jednej z następujących jednostek:

1. szpitalu psychiatrycznym;
2. jednostce organizacyjnej pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
3. placówce terapii lub placówce oświatowej, do której uczęszczają dzieci z zaburzeniami rozwoju lub upośledzeniem umysłowym;
4. ośrodka terapeutyczno-edukacyjno-wychowawczym;
5. zakładzie rehabilitacji;
6. innej jednostce niż wymienione w pkt 1-5, świadczącej specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Osoby świadczące usługi opiekuńcze to specjaliści z odpowiednim

przygotowaniem zawodowym do udzielania pomocy i opieki nad osobą chorą psychicznie. Jeżeli w rodzinie nie ma osób o takich kwalifikacjach, korzystanie z takiej formy pomocy jest wskazane. OPS ustala zakres i wymiar pomocy w decyzji przyznającej tę formę pomocy. Bywa, że decyzja organu nie jest oparta o faktyczne potrzeby chorego. Jeżeli uważamy, że będzie ona świadczona w niewystarczającej ilości, możemy złożyć odwołanie od decyzji i żądać przyznania większych świadczeń, aby zaspokoić potrzeby osoby chorej. Każda decyzja musi zawierać pouczenie o przysługujących środkach odwoławczych. Postępujemy zgodnie z tym pouczeniem. W odwołaniu podkreślamy fakt, iż odwołujemy się wyłącznie od wymiaru ustalonych usług bądź ich zakresu.

Odpłatność za specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi ustala OPS 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. Stosowane są tu kryteria takie same, jak do uzyskiwania innych świadczeń z pomocy społecznej; 634 zł dla osoby samotnie gospodarującej i 514 zł na osobę w rodzinie, specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone są bezpłatnie. Jeżeli dochód przekracza kryterium stosuje się odpłatność od 1,5% do 100% kosztów w zależności od wielkości przekroczenia. Cenę 1 godziny usług ustala ośrodek pomocy społecznej na podstawie analizy kosztów realizacji tego zadania. W szczególnie uzasadnionych przypadkach osoba zainteresowana może być, na jej wniosek lub na wniosek pracownika socjalnego, częściowo lub całkowicie zwolniona z ponoszenia odpłatności na czas określony, zwłaszcza ze względu na:

1. konieczność korzystania co najmniej z dwóch rodzajów specjalistycznych usług;

2. konieczność ponoszenia opłat za pobyt członka rodziny w domu pomocy społecznej lub ośrodka wsparcia i za pobyt członka rodziny w placówce opiekuńczo-wychowawczej, leczniczo-rehabilitacyjnej, opiekuńczo-leczniczej lub pielęgnacyjno-opiekuńczej;
3. konieczność korzystania przez więcej niż jedną osobę w rodzinie z pomocy w formie specjalistycznych usług lub usług opiekuńczych, w tym co najmniej jedną przewlekłe chorą;
4. zdarzenie losowe.

UPRAWNIENIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Uprawnienia osób niepełnosprawnych reguluje ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. „o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych”. Niepełnosprawność oznacza trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy.

Ustawa stanowi, że rehabilitacja osób niepełnosprawnych oznacza zespół działań (organizacyjnych, leczniczych, psychologicznych, technicznych, szkoleniowych, edukacyjnych, społecznych) zmierzających od osiągnięcia, przy współudziale tych osób, możliwie najwyższego poziomu ich funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej (art.7).

O niepełnosprawności orzekają:

1. Powiatowe/miejskie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności - jako pierwsza instancja;

2. Wojewódzkie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności - jako druga instancja (odwoławcza)

Orzeczenia o niepełnosprawności ustalają stopień niepełnosprawności, wskazują ulgi i uprawnienia osoby niepełnosprawnej. Są trzy stopnie niepełnosprawności: 1. znaczny, 2. umiarkowany, 3. lekki. Stopień niepełnosprawności ustala się na określony czas lub na stałe. W celu uzyskania orzeczenia należy złożyć wniosek do właściwego miejscowo powiatowego zespołu. Wnioski składa się na formularzach które możemy otrzymać w siedzibie zespołu lub pobrać ze strony internetowej zespołu. Do wniosku załącza się zaświadczenie lekarskie oraz dokumentację medyczną.

Wniosek powinien być rozpatrzony nie później niż w ciągu 1 miesiąca od dnia jego złożenia. W przypadkach bardziej skomplikowanych spraw wniosek powinien być rozpatrzony nie później niż w ciągu 2 miesięcy od daty jego złożenia. Jeżeli orzeczenie nie spełnia naszych oczekiwań, mamy prawo złożyć odwołanie. Odwołanie od orzeczenia zespołu powiatowego do wojewódzkiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności należy przestać lub złożyć w powiatowym zespole do spraw orzekania o niepełnosprawności, który wydał zaskarżane orzeczenie. Od orzeczenia wojewódzkiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności służy odwołanie do sądu pracy i ubezpieczeń społecznych w terminie 30 dni od dnia doręczenia orzeczenia. Odwołanie wnosi za pośrednictwem wojewódzkiego zespołu, który orzeczenie wydał.

Upewnienia niepełnosprawnych pracowników

Czas pracy osoby niepełnosprawnej nie może przekraczać 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo, a czas pracy osoby niepełnosprawnej zaliczonej do znacznego lub umiarkowanego

stopnia niepełnosprawności nie może przekraczać 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo. Osoba niepełnosprawna nie może być zatrudniona w porze nocnej i w godzinach nadliczbowych. Osobie zaliczonej do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności przysługuje dodatkowy urlop wypoczynkowy w wymiarze 10 dni roboczych w roku kalendarzowym. Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności ma prawo do zwolnienia od pracy z zachowaniem prawa do wynagrodzenia:

- w wymiarze do 21 dni roboczych w celu uczestniczenia w turnusie rehabilitacyjnym, nie częściej niż raz w roku,
- w celu wykonania badań specjalistycznych, zabiegów leczniczych lub usprawniających, a także w celu uzyskania zaopatrzenia ortopedycznego lub jego naprawy, jeżeli czynności te nie mogą być wykonane poza godzinami pracy.

Łączny wymiar dodatkowego urlopu wypoczynkowego i zwolnienia od pracy w celu uczestniczenia w turnusie rehabilitacyjnym nie może przekraczać 21 dni roboczych w roku kalendarzowym.

Zgodnie z Kodeksem Pracy, jeżeli dobowy wymiar czasu pracy pracownika wynosi co najmniej 6 godzin, to pracownik ma prawo do przerwy w pracy trwającej co najmniej 15 minut, wliczanej do czasu pracy. Niezależnie od tego uprawnienia, osoba niepełnosprawna ma prawo do dodatkowej przerwy w pracy w wymiarze 15 minut wliczanej do czasu pracy.

Karta parkingowa

Kartę parkingową może otrzymać tylko na podstawie orzeczeń wydawanych przez Powiatowe lub Miejskie Zespoły do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności:

1. osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności i znacznie ograniczonymi możliwościami samodzielnego poruszania się,
2. osoba z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, znacznie ograniczonymi możliwościami samodzielnego poruszania się i kodami w orzeczeniu 04-O (choroby narządu wzroku) lub 05-R (upośledzenie narządu ruchu) lub 10-N (choroba neurologiczna),
3. osoba do 16 r.ż. ze znacznie ograniczonymi możliwościami samodzielnego poruszania się.

Karta parkingowa uprawnia do korzystanie z miejsc parkingowych przeznaczonych dla osób niepełnosprawnych (tzw. koper-ta). Kartę parkingową wydaje przewodniczący powiatowego zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności. Podlega opłacie 21 zł.

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Podstawową misją PFRON jest wspieranie rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz aktywizacji osób niepełnosprawnych. Przychodami PFRON są głównie środki pochodzące z obowiązkowych miesięcznych wpłat pracodawców, którzy zatrudniają co najmniej 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, a wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w ich zakładzie jest niższy niż 6%. W każdym mieście wojewódzkim jest oddział Funduszu. W Zielonej Górze oddział PEFRON mieści się przy ulicy Bohaterów Westerplatte 11. Osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie może otrzymać pomoc ze środków PFRON:

1. w dofinansowaniu wyrobów medycznych,
2. w dofinansowaniu do turnusu rehabilitacyjnego (raz w roku kalendarzowym),

3. w dofinansowaniu likwidacji barier architektonicznych (do 95% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości 15-krotnego przeciętnego wynagrodzenia),
4. w dofinansowaniu usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika,
5. w dofinansowaniu Warsztatów Terapii Zajęciowej. Aby skorzystać z takiej pomocy, udajmy się do lokalnego PCPR.

WSPARCIE OPIEKUNÓW OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH I CHORYCH

Dla rodziców niepełnosprawnych dzieci to świadczenie pielęgnacyjne. Dla opiekunów dorosłych niepełnosprawnych, o ile spełniają kryterium dochodowe, to specjalny zasiłek opiekuńczy. **Świadczenie pielęgnacyjne** przysługuje z tytułu opieki nad niepełnosprawnym dzieckiem bez względu na wiek, dziecka, więc również na pełnoletnie dzieci, które wymagają opieki. Przyznawane jest niezależnie od osiągniętych dochodów. Świadczenie pielęgnacyjne z tytułu rezygnacji z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej wynosi 1477,00 zł (2018 r.) i przysługuje:

1. matce albo ojcu,
2. opiekunowi faktycznemu dziecka,
3. osobie będącej rodziną zastępczą spokrewnioną, w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej,
4. innym osobom, na których zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. (Kodeks rodzinny i opiekuńczy) ciąży obowiązek alimentacyjny, z wyjątkiem osób o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Jest ono przyznawane na wniosek, jeżeli opiekunowie nie podejmują lub rezygnują z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w celu sprawowania opieki nad osobą legitymującą się orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samo-dzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji, albo osobą legitymującą się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności. Świadczenie pielęgnacyjne przysługuje, jeżeli niepełnosprawność dziecka powstała nie później niż do ukończenia 18 r.ż. lub w trakcie nauki w szkole lub w szkole wyższej, jednak nie później niż do ukończenia 25 r.ż.

Żeby ubiegać się o świadczenie pielęgnacyjne, należy złożyć Wniosek o ustalenie prawa do świadczenia pielęgnacyjnego na odpowiednim formularzu, dostępnym w OPS. Postępowanie w sprawie przyznawania świadczeń rodzinnych kończy się wydaniem decyzji administracyjnej w terminie 30 dni od daty złożenia poprawnie wypełnionego i z pełną dokumentacją wniosku. Od decyzji przysługuje stronie prawo wniesienia odwołania do Samorządowego Kolegium Odwoławczego w terminie 14 dni od daty jej otrzymania, za pośrednictwem organu, który decyzję wydał.

Za osobę pobierającą świadczenie pielęgnacyjne wójt, burmistrz lub prezydent miasta opłaca składkę na ubezpieczenia emerytalne i rentowe od podstawy odpowiadającej wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych przez okres niezbędny do uzyskania okresu ubezpieczenia (składkowego i nieskładkowego) odpowiednio 20-letniego przez kobietę i 25-letniego przez mężczyznę, jednak nie dłużej niż przez 20 lat. Osoby,

które pobierały świadczenie pielęgnacyjne w przypadku śmierci osoby, nad którą sprawowały opiekę, otrzymają zasiłek dla bezrobotnych lub świadczenie przedemerytalne. Były opiekun może, po zarejestrowaniu się w urzędzie pracy, starać się o zasiłek dla bezrobotnych, o ile udowodni, że otrzymywał świadczenie pielęgnacyjne przez minimum rok w ciągu 18 miesięcy poprzedzających rejestrację w urzędzie.

Specjalny zasiłek opiekuńczy jest przyznawany bez względu na datę powstania niepełnosprawności. Przysługuje osobom, na których zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy ciąży obowiązek alimentacyjny, a także małżonkom, jeżeli nie podejmują zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej lub rezygnują z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w celu sprawowania stałej opieki nad osobą legitymującą się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osobie w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współ-udziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

Kodeks Rodzinny i Opiekuńczy określa kto może być obciążony obowiązkiem alimentacyjnym (art. 128, art. 129): Obowiązek dostarczania środków utrzymania, a w miarę potrzeby także środków wychowania (obowiązek alimentacyjny) spoczywa przede wszystkim na krewnych w linii prostej i na rodzeństwie. Obowiązek obciąża bliższych stopniem przed dalszymi. Krewnymi w linii prostej są osoby, z których jedna pochodzi od drugiej (dziadkowie-rodzice-dzieci). Synowa bądź zięć nie są krewnymi i nie mogą ubiegać się o specjalny zasiłek opiekuńczy. Dzieci rodzeństwa również nie są krewnymi w linii prostej, zatem

nie otrzymają tego zasiłku. Specjalny zasiłek opiekuńczy przysługuje tylko wtedy, gdy łączny dochód rodziny opiekuna oraz rodziny podopiecznego nie przekracza 764 zł netto na osobę miesięcznie (na podstawie dochodów z roku poprzedzającego okres zasiłkowy z uwzględnieniem utraty i uzyskania dochodu). Zgodnie z art. 3 pkt 16 ustawy o świadczeniach rodzinnych za dochód opiekuna uważa się dochód następujących członków jego rodziny: małżonka, rodziców dzieci, opiekuna faktycznego dziecka oraz pozostające na utrzymaniu dzieci w wieku do ukończenia 25 r.ż., a także dziecko, które ukończyło 25 lat legitymujące się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, jeżeli w związku z tą niepełnosprawnością przysługuje świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy. Do członków rodziny nie zalicza się dziecka pozostającego pod opieką opiekuna prawnego, dziecka pozostającego w związku małżeńskim, a także pełnoletniego dziecka mającego własne dziecko. Organem właściwym do ustalania uprawnień i wypłaty świadczeń jest: wójt, burmistrz lub prezydent miasta. Mogą oni jednak zlecić wykonywanie tych czynności jednostkom podległym (OPS-y) Dlatego, jeśli chcemy uzyskać takie świadczenie, powinniśmy dowiedzieć się w naszej gminie, kto na jej terenie zajmuje się jego przyznawaniem. Po złożeniu wniosku na specjalnym formularzu i załączeniu wymaganych dokumentów zostanie przeprowadzony wywiad środowiskowy. Wywiad przeprowadza pracownik socjalny, delegowany przez odpowiedni OPS w miejscu zamieszkania osoby, której dotyczy. Osoby, które pobierały specjalny zasiłek opiekuńczy po śmierci osoby, nad którą sprawowały opiekę, mogą ubiegać się o zasiłek dla bezrobotnych lub świadczenie przedemerytalne.

Specjalny zasiłek opiekuńczy przysługuje w kwocie 520 zł miesięcznie (2018 r.). W przypadku zbiegu uprawnień do następujących świadczeń: świadczenia rodzicielskiego lub świadczenia

pielęgniacyjnego lub specjalnego zasiłku opiekuńczego lub dodatku do zasiłku rodzinnego, o którym mowa w art. 10 lub zasiłku dla opiekuna, o którym mowa w ustawie z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów; przysługuje jedno z tych świadczeń wybrane przez osobę uprawnioną.

Zwolnienie lekarskie na chorego członka rodziny

Z tytułu sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny pracownikowi przysługuje zwolnienie lekarskie oraz zasiłek opiekuńczy. Zwolnienie lekarskie do 60 dni w roku przysługuje z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym dzieckiem do lat 14. W przypadku opieki nad dzieckiem w wieku do ukończenia 8 lat zasiłek przysługuje również z powodu:

- nieprzewidzianego zamknięcia żłobka, przedszkola lub szkoły, do których dziecko uczęszcza,
- porodu lub choroby małżonka ubezpieczonego, stale opiekującego się dzieckiem, jeżeli poród lub choroba uniemożliwia temu małżonkowi sprawowanie opieki,
- pobytu małżonka ubezpieczonego, stale opiekującego się dzieckiem, w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej;
- Zwolnienie lekarskie do 14 dni w roku na małżonka, rodziców, teściów, dziadków, wnuki, rodzeństwo oraz dzieci w wieku ponad 14 lat - jeżeli pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym w okresie sprawowania opieki.

POMOC SPOŁECZNA

Często choroba wiąże się z dużymi wydatkami, których nie jesteśmy w stanie udźwignąć. Jeżeli nie przekraczamy tzw. kryterium dochodowego (634 zł dla osoby samotnej, 514 zł na osobę w rodzinie) ubieganie się o pomoc społeczną wymaga złożenia wniosku osobiście lub na piśmie. Za dochód uważa się sumę miesięcznych przychodów z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku lub w przypadku utraty dochodu - z miesiąca, w którym złożyliśmy wniosek, bez względu na tytuł i źródło ich uzyskania, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, pomniejszoną o:

1. miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych,
2. składki na ubezpieczenie zdrowotne,
3. kwotę alimentów świadczonych na rzecz innych osób.

Przeprowadzony zostanie wywiad środowiskowy i pomoc zostanie przyznana. Pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu: ubóstwa, sieroctwa, bezdomności, bezrobocia, niepełnosprawności i długotrwałej lub ciężkiej choroby. Możemy się ubiegać o:

Zasilek stały Jeżeli w wyniku choroby nie jesteśmy w stanie podjąć pracy, a nie mamy świadczeń z ZUS (renty, zasiłku rehabilitacyjnego) możemy się ubiegać o zasiłek stały. W tym celu składamy wniosek do Powiatowego Zespołu Orzekania o Niepełnosprawności o ustalenie stopnia niepełnosprawności. Jeżeli nie zgadzamy się z orzeczeniem, możemy złożyć odwołanie do Wojewódzkiego Zespołu Orzekania o Niepełnosprawności, następnie do sądu. Są 3 stopnie niepełnosprawności: lekki, umiarkowany i znaczny. Zasiłek otrzymamy, jeżeli mamy orzeczenie ze stopniem umiarkowanym i znacznym.

Wysokość zasiłku wynosi: w przypadku osoby samotnie

gospodarującej - różnicę między kryterium dochodowym osoby samotnie gospodarującej a dochodem tej osoby, w przypadku osoby w rodzinie - różnicę między kryterium dochodowym na osobę w rodzinie a dochodem na osobę w rodzinie. Kwota zasiłku nie może być wyższa niż 604 zł miesięcznie i nie niższa niż 30 zł miesięcznie. Zasiłek stały możemy dostać na stałe lub na czas, na jaki orzeczono niepełnosprawność. Wiele osób korzystających z zasiłku stałego z jakichś powodów nie ma uprawnień do renty chorobowej. W obecnej sytuacji na rynku pracy przerwy w zatrudnieniu bywają częste, zwłaszcza w przypadku osób starszych mających problemy z zatrudnieniem. Może to być również zatrudnianie „na czarno”.

Kiedy pracujemy, bywa, że nie przywiązujemy do zgłoszenia do ubezpieczenia społecznego należytej wagi. Kiedy stracimy zdolność do pracy, nie możemy dostać renty chorobowej. Pozostaje wówczas ubieganie się o zasiłek stały, którego wysokość jest żenująca. Jest to jedyny dochód osoby chorej. Zasiłek w pełnej wysokości otrzymają osoby, które nie mają żadnych dochodów. Jako dochód wlicza się też dodatek mieszkaniowy. Jeżeli go otrzymujemy, wysokość zasiłku zostanie pomniejszona o kwotę dodatku mieszkaniowego. Pomniejszają go również alimenty otrzymywane przez nasze dzieci od drugiego rodzica. Istnienie zatrudnienia „na czarno” można uregulować nawet po wielu latach, byleby znaleźć jakieś dowody. W tym celu należy wystąpić do sądu pracy z pozwem o ustalenie istnienia stosunku pracy. Postępowanie sądowe takie jest bezpłatne.

Zasiłek okresowy przysługuje z uwagi na okoliczności mające negatywny wpływ na sytuację życiową. Przyznanie zasiłku okresowego, podobnie jak zasiłku stałego, uzależnione jest od spełnienia kryterium dochodowego. Zasiłek okresowy może być przyznany w szczególnie uzasadnionych przypadkach oso-

bie albo rodzinie o dochodach przekraczających kryterium dochodowe, ale pod warunkiem zwrotu części lub całości kwoty. Okres, na jaki przyznawany jest zasiłek okresowy, ustala pracownik socjalny na podstawie okoliczności sprawy, nie dłużej niż 6 miesięcy.

Wysokość zasiłku okresowego ustala się, biorąc pod uwagę jedynie najniezbędniejsze potrzeby i wynosi: w przypadku osoby samotnie gospodarującej - do wysokości różnicy między kryterium dochodowym osoby samotnie gospodarującej a dochodem tej osoby; a w przypadku rodziny - do wysokości różnicy między kryterium dochodowym rodziny a dochodem tej rodziny.

Zasiłek celowy Przyznanie zasiłku celowego uzależnione jest od spełnienia kryterium dochodowego. Jest to świadczenie przyznawane na zaspokojenie niezbędnej potrzeby bytowej, szczególnie na pokrycie części lub całości kosztów zakupu żywności, leków, leczenia, opatu, odzieży, niezbędnych przedmiotów użytku domowego, drobnych remontów i napraw w mieszkaniu, a także kosztów pogrzebu. Zasiłek celowy może być przyznany również w formie biletu kredytowanego. W przypadku dużych wydatków na leczenie można ubiegać się o sfinansowanie zakupu leków oraz pokrycie kosztów dojazdu do specjalistów. Świadczenie to może być przyznane w szczególnie uzasadnionych przypadkach osobie albo rodzinie o dochodach przekraczających kryterium dochodowe, ale pod warunkiem zwrotu części lub całości kwoty zasiłku.

Specjalny zasiłek celowy Jeżeli dochody przekraczają kryterium, jest również możliwość ubiegania się o zasiłek z pomocy społecznej. Świadczenie to nazywa się „specjalny zasiłek celowy”. Na pewno będzie to wymagać znacznie więcej starań i przedstawienia dowodów na okoliczności ponoszonych

wydatków. Warto zatem zachować wszelkie rachunki, opłaty za środki komunikacji, wydatki na zakup środków opatrunkowych itp. I nie powinno tu mieć znaczenia, jakie są dochody i o ile przekraczają kryterium dochodowe ustalone dla celów pomocy społecznej. Ważne jest to, że wydatków niezbędnych do ratowania zdrowia w obecnej chwili nie jesteśmy w stanie samodzielnie ponieść. Mówi o tym art. 41 ustawy o pomocy społecznej: W szczególnie uzasadnionych przypadkach osobie albo rodzinie o dochodach przekraczających kryterium dochodowe może być przyznany specjalny zasiłek celowy w wysokości nieprzekraczającej odpowiednio kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej lub rodziny, który nie podlega zwrotowi. W przypadku wydania decyzji odmownej przysługuje nam prawo do złożenia odwołania. Pouczenie o przysługujących środkach odwoławczych powinno znajdować się w decyzji.

RENTA SOCJALNA

O rentę socjalną ubiegamy się w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych. Prawo do renty socjalnej mają osoby pełnoletnie całkowicie niezdolne do pracy z powodu niepełnosprawności powstałej: 1. przed ukończeniem 18 r.ż., 2. w trakcie nauki w szkole lub na studiach (przed 25 urodzinami), 3. w trakcie studiów doktoranckich lub aspirantury. Ustalenia całkowitej niezdolności do pracy i przewidywanego okresu jej trwania dokonuje lekarz orzecznik ZUS. Gdy staramy się o rentę socjalną i pobieramy rentę rodzinną nieprzekraczającą 200 proc. najniższej renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, mamy prawo do obu świadczeń.

Renta socjalna może być przyznana na stałe lub na określony czas. ZUS precyzuje, że za całkowicie niezdolną do pracy

uważa osobę, która utraciła zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy. Aby dostać rentę, trzeba mieć 18 lat lub - dotyczy to kobiet, które zawarły związek małżeński między 16 a 18 r.ż. - wystarczy 16 lat. Wniosek o rentę socjalną zgłasza się w jednostce organizacyjnej ZUS, właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu wnioskodawcy (zgłoszenie na piśmie lub ustnie do protokołu). ZUS kieruje tę osobę na badanie przez lekarza orzecznika ZUS, w celu wydania orzeczenia o niezdolności do pracy. Od orzeczenia lekarza orzecznika ZUS osobie zainteresowanej przysługuje sprzeciw do komisji lekarskiej. ZUS ma obowiązek wydać decyzję w sprawie renty socjalnej w ciągu 30 dni od daty wyjaśnienia ostatniej okoliczności w sprawie. Co zrobić, gdy ZUS nie chce przyznać renty? Możemy złożyć odwołanie do Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych. Trzeba to zrobić w ciągu miesiąca od doręczenia decyzji w sprawie renty. Odwołanie składamy w ZUS, a on przesyła ją wraz z dokumentacją do sądu.

OPIEKA PALIATYWNA

Opieka paliatywna jest działaniem, które poprawia jakość życia chorych i ich rodzin stojących wobec problemów związanych z zagrażającą życiu chorobą, poprzez zapobieganie i znoszenie cierpienia dzięki wczesnej identyfikacji oraz bardzo starannej ocenie i leczeniu bólu i innych problemów: somatycznych, psychosocjalnych i duchowych. Świadczenia w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna i całościowa opieka nad chorymi oraz leczenie objawowe pacjentów z chorobami nieuleczalnymi. Aby uzyskać świadczenia z opieki paliatywnej konieczne jest skierowanie wydane przez lekarza rodzinnego.

Opieka hospicyjna w domu. Chory objęty opieką hospicjum domowego przebywa w swoim domu. Jest to równocześnie forma pomocy dla rodzin. Pomoc ma charakter ciągły, chorego odwiedza lekarz, pielęgniarka, rehabilitant. Ich zadaniem jest pomóc osobie chorej oraz rodzinie, wspierając ich i edukując w kwestiach opiekuńczych. Opieka hospicjum domowego świadczona jest 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu. Personel hospicjum domowego może codziennie udzielać porad przez telefon, a w razie potrzeby gotów jest do złożenia wizyty w domu chorego. Każdy pacjent otrzymuje informacje dotyczące kontaktu telefonicznego z lekarzem i pielęgniarką, a liczbę wizyt dostosowuje się do potrzeb chorego. Chory objęty opieką hospicjum domowego ma możliwość bezpłatnego wypożyczenia sprzętu i aparatury medycznej (np. materaca przeciwoleżynowego, aparatu tlenowego, balkoniku, kul, chodzika, wózka inwalidzkiego itp.).

Hospicjum lub oddział opieki paliatywnej o charakterze stacjonarnym

Jeśli chory przebywa w hospicjum mającym kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ), jego pobyt jest bezpłatny. Koszty leczenia pokrywają środki przekazane przez NFZ oraz zdobyte przez placówkę podczas akcji charytatywnych i od sponsorów. Głównym celem hospicjum jest podniesienie i utrzymanie dobrej jakości życia chorych poprzez zabezpieczenie ich potrzeb: związanych z objawami choroby, emocjonalnych czy duchowych. Hospicja kierują się zasadą akceptacji nieuchronności śmierci, nie stosuje się w nich uporczywej terapii wydłużającej życie pacjenta za wszelką cenę. Hospicja nie prowadzą diagnostyki czy oceny postępu choroby. Skupiają się na kontrolowaniu uciążliwych objawów somatycznych i psychicznych. Pacjent w hospicjum stacjonarnym nie ponosi żadnych opłat za

świadczenia zdrowotne udzielane w opiece paliatywnej. Chory objęty opieką hospicjum domowego ponosi odpłatność za leki i środki pomocnicze.

PRAWA PACJENTA

Wszyscy płacimy składki zdrowotne. Tak finansowana jest służba zdrowia. Udając się do placówki mającej kontrakt z NFZ, mamy prawo do pomocy medycznej, za którą płacić już nie musimy. Pobierając od nas składki, Narodowy Fundusz Zdrowia w zamian zobowiązuje się do zapewnienia nam opieki zdrowotnej z poszanowaniem naszej godności i na odpowiednim poziomie. Mamy:

1. Prawo do bezpłatnej opieki zdrowotnej. Każdy powinien tę opiekę otrzymać na takim samym poziomie. Udzielana pomoc medyczna musi odpowiadać wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Prawo do poszanowania godności i intymności podczas świadczeń medycznych. W trakcie udzielania pomocy w pomieszczeniu powinny być wyłącznie osoby które są potrzebne do wykonania świadczenia. Uczestnictwo innych osób (nawet wykonujących zawód medyczny, czy studentów medycyny) wymaga zezwolenia pacjenta. Pomieszczenia, w których pacjent przygotowuje się do zabiegu, powinny zapewnić intymność. Personel medyczny nie powinien zadawać pytań ani omawiać stanu zdrowia w obecności innych pacjentów.
3. Prawo do wyczerpującej i zrozumiałej informacji o swoim stanie zdrowia. Pacjent ma prawo pytać o stosowane leki i zabiegi, a lekarz ma obowiązek wytłumaczyć swoje decyzje co do leczenia w sposób zrozumiały.

4. Prawo do ochrony danych osobowych i zachowania tajemnicy o stanie zdrowia. Pacjent decyduje, jakie informacje i komu mogą być udzielane.
5. Prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych i odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji o stanie swojego zdrowia
6. Prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia i udzielonych świadczeń medycznych.
7. Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego - wiąże się to z prawem do kontaktu z innymi osobami, to również prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej ze strony najbliższych lub innych osób wskazanych przez pacjenta.
8. Prawo do opieki duszpasterskiej bez względu na wyznanie. Koszty ponosi podmiot leczniczy.

Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. **Karta Praw Osób Niepełnosprawnych** (M.P. z 13.08.1997 r. Nr 50 poz. 475)

§ 1. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej uznaje, że osoby niepełnosprawne, czyli osoby, których sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych, zgodnie z normami prawnymi i zwyczajowymi, mają prawo do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia oraz nie mogą podlegać dyskryminacji. Sejm stwierdza, iż oznacza to w szczególności prawo osób niepełnosprawnych do:

1. dostępu do dóbr i usług umożliwiających pełne uczestnictwo w życiu społecznym,
2. dostępu do leczenia i opieki medycznej, wczesnej diagnostyki, rehabilitacji i edukacji leczniczej, a także do świadczeń zdrowotnych uwzględniających rodzaj i stopień niepełno-

- sprawności, w tym do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny,
3. dostępu do wszechstronnej rehabilitacji mającej na celu adaptację społeczną,
 4. nauki w szkołach wspólnie ze swymi pełnosprawnymi rówieśnikami, jak również do korzystania ze szkolnictwa specjalnego lub edukacji indywidualnej,
 5. pomocy psychologicznej, pedagogicznej i innej pomocy specjalistycznej umożliwiającej rozwój, zdobycie lub podniesienie kwalifikacji ogólnych i zawodowych,
 6. pracy na otwartym rynku pracy zgodnie z kwalifikacjami, wykształceniem i możliwościami oraz korzystania z doradztwa zawodowego i pośrednictwa, a gdy niepełnosprawność i stan zdrowia tego wymaga - prawo do pracy w warunkach dostosowanych do potrzeb niepełnosprawnych,
 7. zabezpieczenia społecznego uwzględniającego konieczność ponoszenia zwiększonych kosztów wynikających z niepełnosprawności, jak również uwzględnienia tych kosztów w systemie podatkowym,
 8. życia w środowisku wolnym od barier funkcjonalnych, w tym: dostępu do urzędów, punktów wyborczych i obiektów użyteczności publicznej, swobodnego przemieszczania się i powszechnego korzystania ze środków transportu, dostępu do informacji, możliwości komunikacji międzyludzkiej,
 9. posiadania samorządnej reprezentacji swego środowiska oraz do konsultowania z nim wszelkich projektów aktów prawnych dotyczących osób niepełnosprawnych,
 10. pełnego uczestnictwa w życiu publicznym, społecznym, kulturalnym, artystycznym, sportowym oraz rekreacji i turystyce odpowiednio do swych zainteresowań i potrzeb.

§ 2. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej stwierdzając, iż powyższe prawa wynikają z Konstytucji, Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, Konwencji Praw Dziecka, Standardowych Zasad Wyównywania Szans Osób Niepełnosprawnych, aktów prawa międzynarodowego i wewnętrznego, wzywa Rząd Rzeczypospolitej Polskiej i władze samorządowe do podjęcia działań ukierunkowanych na urzeczywistnienie tych praw.

§ 3. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej wzywa Rząd Rzeczypospolitej Polskiej do składania corocznie, w terminie do dnia 30 czerwca, informacji o podjętych działaniach w celu urzeczywistnienia praw osób niepełnosprawnych.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

KOSZTY ZAŚWIADCZEŃ LEKARSKICH

Orzeczenia i zaświadczenia lekarskie mogą być płatne (rzadko) albo bezpłatne (zwykle). Zawsze bezpłatne będą te, które wydawane są do celów związanych z: kontynuowaniem nauki, uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych, koloniach, obozach, półkoloniach, dalszym leczeniem i rehabilitacją, niezdolnością do pracy, lub na potrzeby: pomocy społecznej, w tym uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego, orzecznictwa o niepełnosprawności, ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie i przedstawienia ich organom ścigania lub wymiarowi sprawiedliwości - o to można prosić każdego lekarza, także na SOR (to nie jest obdukcja, która jest także bezpłatna, jeśli wykonywana jest na zlecenie prokuratury lub sądu, jeśli wykonywana jest na żądanie pacjenta - pacjent poniesie jej koszty), uzyskania dodatku lub jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka.

Jeśli ZUS lub KRUS żąda od orzeczeń, zaświadczeń i badań koniecznych do: orzekania o niezdolności do pracy dla celów rentowych, ustalenia uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych, to sam pokrywa ich koszty. Jeśli zaświadczenie lub orzeczenie jest wydawane na prośbę pacjenta, a cele nie mieszczą się w powyższym katalogu, płaci za nie pacjent.

GDZIE SIĘ LECZYĆ W RAMACH UBEZPIECZENIA?

Narodowy Fundusz Zdrowia informuje pacjentów o wszystkich zawartych umowach: na stronie internetowej lubuskiego oddziału Funduszu [http://www.nfz-zielonagora.pl/PL/są zakładki](http://www.nfz-zielonagora.pl/PL/są_zakładki):

1. Gdzie się leczyć - klikając nań wchodzimy w Zintegrowany Informator Pacjenta, możemy pobrać na pulpit naszego komputera tabele ze szczegółowymi informacjami o zakontraktowanych świadczeniach w naszym regionie.
2. Na samym dole strony jest Informator o zawartych umowach - wtedy klikamy w nasze województwo i na otwierającej się stronie musimy z listy wybrać Rodzaj świadczenia i wpisać miasto - Zieloną Górę. System wyszuka nam wszystkie umowy zawarte na dane świadczenie.

WZORY PISM

Zielona Góra dnia

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej Zielonej Górze

Wnioskodawca:

zam. ul.

Wniosek o przyznanie specjalnego zasiłku celowego

Wnoszę o przyznanie mi specjalnego zasiłku celowego na pokrycie kosztów leczenia mojej córki Magdaleny.

Uzasadnienie

W dniu córka podczas zabawy na miejskim placu zabaw uległa wypadkowi, w wyniku którego doznała urazu głowy. W krótkim czasie pojawiły się komplikacje ze wzrokiem. Leczenie w poradni okulistycznej nie przyniosło skutków i lekarz skierował córkę do Kliniki Okulistycznej w Katowicach, gdzie mają doświadczenie i zajmują się leczeniem tej jednostki chorobowej. Wizyty lekarskie odbywają się raz w miesiącu. Córce grozi utrata wzroku. Dochód w naszej rodzinie przekracza kryterium dochodowe. Zarabiam 2.100 zł netto. Comiesięczne opłaty mieszkaniowe to kwota 800 zł. Spłacamy kredyt wzięty na zakup mieszkania w wysokości 400 zł miesięcznie. Pozostała kwota po opłaceniu należności wystarcza na pokrycie zakupu żywności dla 3 osób i środków higieny. Koszty comiesięcznych dojazdów do lekarza oraz zakupu lekarstw to kwota 600 zł miesięcznie. Nie posiadamy żadnych oszczędności, by leczyć córkę. Wniosek jest więc uzasadniony.

podpis

załączniki: zaświadczenie lekarskie, faktury za zakup lekarstw, bilety kolejowe.

Zielona Góra dnia

Samorządowe Kolegium Odwoławcze w Zielonej Górze za pośrednictwem Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Zielonej Górze

Odwołanie

Odwołuję się od decyzji z dnia.....znak....., doręczonej mi w dniu odmawiającej mi przyznania specjalnego zasiłku celowego.

Wnoszę o uchylenie decyzji.

Uzasadnienie

Wniosłem o przyznanie mi specjalnego zasiłku celowego na pokrycie wydatków związanych z leczeniem córki. Koszty leczenia są tak wysokie, że nie jestem ich w stanie ponieść bez uszczerbku dla utrzymania koniecznego rodziny. Organ nie wyjaśnił należycie sprawy. Decyzje oparł nie na zgromadzonym materiale dowodowym, w którym wykazałem ciężką sytuację finansową rodziny, lecz na niesprawdzonych hipotezach. Moi rodzice otrzymują niskie emerytury, które z ledwością wystarczają na pokrycie wydatków mieszkaniowych i zakup żywności. Nie są w stanie finansować kosztów leczenia mojej córki. Nie jestem w stanie „dorabiać” po pracy. Sytuacja mojej rodziny jest trudna z powodu choroby dziecka, które wymaga dodatkowej troski i dużych nakładów finansowych na leczenie. Odwołanie jest uzasadnione.

Podpis

Zielona Góra dnia

Sąd Rejonowy

Wydział Pracy w Zielonej Górze

Powód:

Pozwany:.....

(pracodawca).....

Pozew o ustalenie

Wnoszę o ustalenie, że strony w okresie od dnia..... do dnia..... wzięły stosunek pracy w pełnym wymiarze czasu pracy.

Uzasadnienie

W dniu podjęłam pracę jako sprzedawca u pozwanego. Miejszem pracy był sklep pozwanego położony w Zielonej Górze przy ulicy W okresie od dnia do dnia pracowałam codziennie w dni powszednie od godziny 10 do 18 oraz w soboty od godziny 10 do 14. Otrzymywałam od pozwanego wynagrodzenie w wysokości najniższego obowiązującego wynagrodzenia. Pozwany nie wydał mi na piśmie umowy o pracę. Po rozwiązaniu umowy przez pozwanego nie otrzymałam świadectwa pracy. Upominałam się o nie, lecz pozwany odmówił, twierdząc, że pracowałam na „czarno” z czego podobno miałam zdawać sobie sprawę, gdyż nie otrzymałam umowy. Obecnie zachorowałam i ubiegałam się o rentę chorobową, której nie otrzymałam, gdyż nie posiadam udokumentowanego okresu zatrudnienia. Pobieram zasiłek stały z pomocy społecznej, który jest znacznie niższy niż renta, którą otrzymywałabym z ZUS. Żądanie ustalenie istnienia stosunku pracy uzasadnione i konieczne, bym mogła korzystać ze świadczeń.

Na okoliczności zatrudnienia proszę o przesłuchanie świadków:

1.

2.

podpis

