



**Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
Placówka Terenowa w Staszowie**

URZĄD MIASTA I GMINY
w Połaniecu
Wpłynęło dn. 20 03. 2017
Nr 3196

GOS

ul. Mickiewicza 3, 28-200 Staszów,
tel.: 15 8648411, 15 864 8415; fax 15 8648428,
www.krus.gov.pl, e-mail: staszow@krus.gov.pl

Staszów, 15.03.2017r.

0511-PPO.821.5.2017

**Urząd Miasta i Gminy
Połaniec
ul. Ruszczajska 27
28 – 230 POŁANIEC**

Uprzejmie informujemy, iż w okresie wakacji 2017r. Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego organizuje turnusy rehabilitacyjne dla dzieci rolników uprawionych do świadczeń Kasy.

Turnusy rehabilitacyjne dla dzieci z **chorobami układu oddechowego** zorganizowane zostaną w **Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS w Iwoniczu Zdrój w okresie 08.08.2017r. - 28.08.2017r.**

Turnusy rehabilitacyjne dla dzieci z **wadami postawy i chorobami układu ruchu** zorganizowane zostaną w **Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS w Horyńcu Zdrój w okresie 16.07.2017r. - 05.08.2017r.**

Zasady kierowania i kwalifikowania dzieci na turnusy rehabilitacyjne:

- przynajmniej jedno z rodziców (prawnych opiekunów) podlega ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy ustawy. Jeżeli rolnik ubezpieczony jest na wniosek w pełnym zakresie – ubezpieczenie powinno trwać nieprzerwanie co najmniej rok,
- wiek dzieci urodzone w latach **2002-2010 (7-15 lat)**,
- podstawą skierowania dziecka jest wniosek kwalifikacyjny, który przesyłamy w załączeniu. Wzór wniosku dostępny jest na stronie internetowej KRUS www.krus.gov.pl

Odpłatność rodziców za pobyt każdego dziecka wynosi 200zł, koszt podróży dziecka na turnus odpowiadający równowartości ceny biletów PKS lub PKP 2 klasa (w obie strony) pokrywają rodzice/opiekunowie prawni.

Wnioski o skierowanie dziecka na turnus rehabilitacyjny należy składać do Placówki Terenowej KRUS w Staszowie, ul. Mickiewicza 3, **najpóźniej do dnia 05.05.2017r.**

Blizszych danych można się dowiedzieć w Placówce Terenowej KRUS w Staszowie.

Z poważaniem

KIEROWNIK
Placówki Terenowej KRUS

mgr Aneta Ostrowska

Załączniki:

Wniosek o skierowanie dziecka na turnus rehabilitacyjny

Załącznik nr 1 do wniosku



ul. ...
ul. ...
ul. ...

Załącznik nr 2
Załącznik do zarządzenia nr 7
Prezesa Kasy Rolniczego
Ubezpieczenia Społecznego
z dnia 8 marca 2017 r.

KASA ROLNICZEGO UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO

Oddział Regionalny / Placówka Terenowa KRUS

W

WNIOSEK o skierowanie dziecka urodzonego w latach 2002- 2010 na turnus rehabilitacyjny z powodu:

- wad postawy i chorób układu ruchu
- chorób układu oddechowego

Dane rodzica/opiekuna prawnego ubezpieczonego w KRUS

.....
nazwisko i imię

.....
PESEL

.....
telefon

.....
adres zamieszkania

I. Dane osobowe dziecka

.....
nazwisko i imię

.....
data urodzenia

.....
PESEL

.....
adres zamieszkania

Czy dziecko ma orzeczenie o niepełnosprawności?
Czy na dziecko pobierany jest zasiłek pielęgnacyjny?

Tak / Nie
Tak / Nie

II. Badania lekarskie

1. Wywiad (zgłaszane dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie)

.....
.....
.....
.....
.....



Załącznik nr 1 do Wniosku
o skierowanie dziecka
na turnus rehabilitacyjny

Załącznik nr 1 do Wniosku
o skierowanie dziecka
na turnus rehabilitacyjny

**I. Informacja wychowawcy klasy o dziecku
dotycząca wniosku o skierowanie dziecka urodzonego
w latach - na turnus rehabilitacyjny**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(data i podpis wychowawcy klasy)

pieczętka szkoły

II. Oświadczenie rodzica/opiekuna prawnego

1. Wyrażam zgodę na leczenie rehabilitacyjne mojego dziecka w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego w miejscu i terminie jak we wniosku.
2. W razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka zgadzam się na jego leczenie, ewentualną hospitalizację, niezbędne zabiegi diagnostyczne i operacje.
3. Jednocześnie stwierdzam, że podałem/am wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie pobytu na turnusie rehabilitacyjnym.
4. Niniejszym przyjmuję do wiadomości, że zarówno KRUS - organizator turnusu, zakład rehabilitacyjny jak i członkowie kadry pedagogicznej nie ponoszą odpowiedzialności za cenne przedmioty (aparaty fotograficzne, odtwarzacze muzyki, telefony komórkowe, itp.) posiadane przez moje dziecko.
5. Poinformowałam/em współmałżonka/opiekuna prawnego o złożeniu wniosku o skierowanie dziecka na turnus rehabilitacyjny oraz przekazałam/em informacje zawarte w pkt. 1 - 4 niniejszego oświadczenia a współmałżonek/opiekun prawny wyraził zgodę na skierowanie dziecka na rehabilitację.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka zawartych we wniosku kwalifikacyjnym na potrzeby niezbędne do udzielenia świadczeń rehabilitacyjnych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

.....
(data, podpis rodzica/opiekuna prawnego)

• **Układ nerwowy i narządy zmysłów:**

wzrok słuch
choroby / wady: wzroku, zaburzenia głosu, mowy, słuchu* inne
stosowane aparaty i środki korekcyjne: szkła, soczewki kontaktowe, aparat słuchowy* inne

Ośrodkowy i obwodowy układ nerwowy

Stan psychiczny

• **Układ ruchu:** postawa - budowa / wady i zaburzenia

ogólna ocena sprawności ruchowej:

* właściwe podkreślić

3. Wyniki badań dodatkowych oraz ewentualnych konsultacji specjalistycznych niezbędnych do prawidłowego ustalenia programu rehabilitacji leczniczej

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

III. Rozpoznanie:

A. choroba / wada – podstawowy problem zdrowotny dziecka uzasadniający skierowanie na rehabilitację leczniczą

kod statystyczny choroby A			
----------------------------	--	--	--

wg. Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta ICD-10.

B. choroby / wady współistniejące