



**Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
Oddział Regionalny w Koszalinie**

ul. Słowiańska 5. 75-846 Koszalin tel. 94 342 77 31, fax 94 341 03 95
www.krus.gov.pl, e-mail koszalin@krus.gov.pl

Koszalin, 2017-03-13

0600-ZPRO.821.3.2017

**URZĄD MIASTA I GMINY
URZĄD GMINY
- wg rozdzielnika**

Szanowni Państwo!

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego Oddział Regionalny w Koszalinie uprzejmie informuje, że rozpoczął się nabór wniosków na wakacyjne turnusy rehabilitacyjne dla dzieci rolników urodzone w latach 2002 – 2010.

W celu rozpowszechnienia informacji wśród osób zainteresowanych zwracamy się z uprzejmą prośbą o zamieszczenie załączonego komunikatu na Państwa tablicy ogłoszeń, stronie internetowej lub w innych miejscach, w których przebywają rolnicy.

Z poważaniem

DYREKTOR
OR KRUS w Koszalinie

[Signature]
Jan Górski

Data wystawienia: 2017-03-14

Data dokonania lub zakończenia dostawy towarów lub wykonania usługi: 2017-03-31

FAKTURA VAT Nr : ZETO/001/2263/2017 (68/03)

SPRZEDAWCA:

ZAKŁAD ELEKTRONICZNEJ TECHNIKI OBLICZENIOWEJ SPÓŁKA Z O.

75-708 KOSZALIN

ul.: 4 MARCA 38

tel.: 94 34 73 821

NIP: 669-22-08-121

BANK: BANK ZACHODNI WBK S.A. 2 ODDZIAŁ W KOSZALINIE

KONTO: 46 1090 1711 0000 0000 7002 3162

NABYWCA:

GMINA BIAŁY BÓR

78-425 BIAŁY BÓR

ul. M.R.ŻYMIERSKIEGO 10

NIP: 673-177-58-13

Indeks: K 605

za okres od: 2017-03-01 do: 2017-03-31

ODBIORCA:

GMINA BIAŁY BÓR

78-425 BIAŁY BÓR

ul. M.R.ŻYMIERSKIEGO 10

Indeks: K 605

Termin zapłaty do: 2017-03-28

Sposób zapłaty: PRZELEW 14 DNI

Lp	Nazwa usługi lub towaru	Kod	Symbol PKWiU	Jednostka miary ilość nazwa	Cena jednostkowa	Wartość bez podatku	VAT stawka kwota	Wartość z podatkiem
1	SERWIS SYSTEMU GMINA Nr UMOWY: 8786 aneks	114		1.00 ryczałt	1 150.00	1 150.00	23% 264.50	1 414.50
2	SERWIS SYSTEMU GOMIG Nr UMOWY: 8034	160		1.00 ryczałt	100.00	100.00	23% 23.00	123.00
3	SERWIS GMINA - KADRY, PŁACE Nr UMOWY: 8226	162		1.00 ryczałt	162.00	162.00	23% 37.26	199.26
4	SERWIS SYSTEMÓW SELWIN, RWWIN, USCWIN Nr UMOWY: 9408	211		1.00 ryczałt	540.00	540.00	23% 124.20	664.20
R A Z E M :						1 952.00	448.96	2 400.96
						1 952.00	23% 448.96	2 400.96

wartość do zapłaty

:

2 400.96

Słownie: dwa tysiące czterysta złotych dziewięćdziesiąt sześć groszy

Wystawił: Anna Pietrzak

U W A G A ! W przypadku niedotrzymania terminu zapłaty zostaną naliczone odsetki ustawowe.

Na przelewie proszę podać Nr indeksu K ***** oraz nr faktury

TURNUSY REHABILITACYJNE DLA DZIECI

W okresie wakacji 2017 r. KRUS organizuje turnusy rehabilitacyjne dla dzieci rolników uprawnionych do świadczeń Kasy, na których wypoczynek łączony jest z programem rehabilitacji leczniczej w zakresie:

- wad postawy i chorób układu ruchu,
- chorób układu oddechowego.

Pierwszeństwo w skierowaniu na turnusy rehabilitacyjne mają dzieci:

- które po raz pierwszy złożyły wniosek i posiadają orzeczenie niepełnosprawności;
- które złożyły wniosek po raz pierwszy (pierwszorazowo);
- które odbyły rehabilitację w poprzednich latach i mają orzeczenie o niepełnosprawności;
- po wyczerpaniu powyższych przypadków na turnusy rehabilitacyjne mogą być kierowane dzieci, które były na turnusie w ubiegłych latach.

Turnus rehabilitacyjny dla dzieci z wadami postawy i chorobami układu ruchu zostanie zorganizowany w: **Centrum Rehabilitacji Rolników w Jedlcu** w terminie od 10.07.2017 r. do 30.07.2017 r.

Turnus rehabilitacyjny dla dzieci z chorobami układu oddechowego zostanie zorganizowany w: **Centrum Rehabilitacji Rolników w Świnoujściu** w terminie od 11.08.2017 r. do 31.08.2017 r.

Wymagany wiek dziecka 7 - 15 lat

dzieci urodzone w latach 2002-2010.

Podstawą skierowania jest wniosek kwalifikacyjny, który wypełnia lekarz POZ lub lekarz specjalista, w leczeniu którego pozostaje dziecko wraz z informacją wychowawcy klasy i oświadczeniem rodzica/opiekuna.

(Wniosek dostępny jest w Oddziale Regionalnym KRUS w Koszalinie i podległych

Placówkach Terenowych oraz na stronie internetowej www.krus.gov.pl)

Termin złożenia wniosku do dnia 12.05.2017 r.

Wskazania medyczne do kwalifikowania dzieci na turnusy rehabilitacyjne

- z chorobami układu oddechowego

- 1) Przewlekły nieżyt górnych dróg oddechowych.
- 2) Nawracające infekcje gardła i zatok obocznych nosa.
- 3) Stan po przebytych zapaleniu płuc i opłucnej.
- 4) Przewlekłe choroby układu oddechowego o podłożu alergicznym, w tym spastyczny nieżyt oskrzeli i astma oskrzelowa w okresie wydolności oddechowej.

- z wadami postawy i chorobami układu ruchu

- 1) Wady postawy i deformacje kostne.
- 2) Boczne skrzywienie kręgosłupa.
- 3) Koślawość i szpotawość kończyn - stany wymagające ćwiczeń korekcyjnych.
- 4) Płaskostopie (płaskokoślawość) i stopy końsko-szpotawe.
- 5) Stany pourazowe i po operacjach korekcyjnych narządu ruchu.
- 6) Upośledzenie funkcji układu ruchu w następstwie chorób ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, w tym niedowład spastyczny pochodzenia mózgowego u dzieci z prawidłowym rozwojem umysłowym.

UWAGA:

Do CRR KRUS w Horyńcu Zdroju i Jedlcu mogą być kierowane dzieci, u których poza chorobą układu ruchu, stanowiącą podstawę kierowania na rehabilitację, współistnieją przewlekłe i nawracające nieżyty górnych dróg oddechowych.



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 -
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)

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

Czy dziecko jest leczone w Poradni Specjalistycznej?

Tak ☐ / Nie ☐

Jeżeli tak, to w jakiej? (proszę dołączyć opinię lekarza specjalisty o braku przeciwwskazań do podjęcia rehabilitacji leczniczej).

Inne dane o stanie zdrowia dziecka, takie jak: alergia, choroba lokomocyjna, aparat ortodontyczny, okulary, inne zaopatrzenie.

Czy dziecko przyjmuje leki?

Tak ☐ / Nie ☐

Jeżeli tak, to jakie?

Szczepienia ochronne (data lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wypisem szczepień) :

tęžec

błonica

dur

inne

2. Badanie przedmiotowe

Stan ogólny wzrost waga

skóra.....

węzły chłonne obwodowe.....

gardło – migdałki podniebienne uzębienie

• Układ oddechowy:

klatka piersiowa..... szmer oddechowy

ocena wydolności

• Układ sercowo-naczyniowy

czynność serca /min.

ocena wydolności

• Jama brzusznaprzepuklina

• Układ moczowo-płciowy:

• **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

Czy dziecko jest zdolne do
samodzielnego wykonywania podstawowych czynności życiowych?

TAK	NIE
☐	☐

Czy stwierdza się przeciwwskazania do kwalifikowania dziecka na turnus rehabilitacyjny?

TAK	NIE
☐	☐

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

.....
podpis i pieczętka imienna lekarza

.....
miejscowość i data

**Bezwzględne przeciwwskazania
do kwalifikowania dzieci na turnusy rehabilitacyjne - według Rozporządzenia Ministra
Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania
pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego.**

**IV. Ocena i kwalifikacja wniosku przez lekarza regionalnego inspektora w Oddziale
Regionalnym /Placówce Terenowej KRUS**

Kwalifikuję – Tak ☐ / Nie ☐

na turnus rehabilitacyjny w w terminie

.....
/ data/

.....
podpis i pieczętka
lekarza regionalnego inspektora
oddziału regionalnego/placówki terenowej KRUS



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. Poinformowałem/am współmałżonka/opiekuna prawnego o złożeniu wniosku o skierowanie dziecka na turnus rehabilitacyjny oraz przekazałem/am 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)

