

4) podatkiem dochodowym od dochodów uzyskiwanych równocześnie z więcej niż jednego rodzaju działalności, określonych w pkt 1—3, właściwy jest Drugi Urząd Skarbowy Warszawa-Śródmieście.”.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 1997 r.

Prezes Rady Ministrów: *W. Cimoszewicz*

674

ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW

z dnia 3 grudnia 1996 r.

w sprawie kierowania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej oraz pokrywania kosztów tej rehabilitacji.

Na podstawie art. 11 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 25 listopada 1986 r. o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 1989 r. Nr 25, poz. 137 i Nr 74, poz. 441, z 1990 r. Nr 36, poz. 206, z 1991 r. Nr 7, poz. 24, Nr 104, poz. 450 i Nr 110, poz. 474, z 1994 r. Nr 84, poz. 385 oraz z 1995 r. Nr 4, poz. 17 i Nr 85, poz. 426) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej, zwaną dalej „rehabilitacją leczniczą”, mogą być kierowani ubezpieczeni pobierający przez dłuższy okres świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy i zagrożeni stałą lub długoterminową niezdolnością do pracy.

2. Na rehabilitację leczniczą nie kieruje się ubezpieczonych mających uprawnienia do emerytury lub renty z tytułu trwałego inwalidztwa.

§ 2. 1. O potrzebie rehabilitacji leczniczej orzeka lekarz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, zwanego dalej „Zakładem”, na podstawie wniosków:

- 1) lekarzy zakładów opieki zdrowotnej lub lekarzy prywatnie praktykujących,
- 2) komisji lekarskich do spraw inwalidztwa i zatrudnienia — w stosunku do osób pobierających świadczenia rehabilitacyjne.

2. Wnioski, wraz z niezbędną dokumentacją, składa się w oddziale Zakładu właściwym ze względu na miejsce zatrudnienia lub wykonywania innej pracy zarobkowej przez ubezpieczonego. Wzór wniosku stanowi załącznik nr 1 do rozporządzenia.

3. Lekarz kontroli orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy Zakładu lub wojewódzki lekarz kontroli nad orzecznictwem lekarskim, który w czasie kontroli orzeczeń o czasowej niezdolności do pracy stwierdzi potrzebę przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej ubezpieczonego, zaleca lekarzowi, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, wystąpienie z wnioskiem o rehabilitację leczniczą.

4. Orzeczenia, o których mowa w ust. 1, stanowią podstawę do wydania lub odmowy wydania przez Zakład skierowania na rehabilitację leczniczą.

§ 3. 1. Kierowanie ubezpieczonych na rehabilitację leczniczą i pokrywanie części kosztów tej rehabilitacji przez Zakład odbywa się na podstawie porozumień zawartych z organami lub jednostkami, które utrzymują zakłady opieki zdrowotnej, w tym zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, zwane dalej „ośrodkami”. Porozumienie z państwowym przedsiębiorstwem uzdrowskim jest zawierane po zasięgnięciu opinii organu wykonującego funkcję organu założycielskiego.

2. Porozumienia określają, w szczególności, sposób ustalania należności za udzielane świadczenia i dokonywania rozliczeń oraz wykaz ośrodków.

3. Zakład, jako zleceniodawca, zawiera z ośrodkami, jako zleceniobiorcami, umowy o prowadzenie rehabilitacji leczniczej ubezpieczonych.

4. Zakład jest uprawniony do kontroli realizacji zawartych z ośrodkami umów, w szczególności w zakresie świadczonych usług oraz sposobu wydatkowania przekazanych środków finansowych.

5. Wpływy otrzymane z Zakładu z tytułu pokrycia części kosztów rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej jednostki budżetowej przekazują na dochody budżetowe.

§ 4. Po zakończonej rehabilitacji leczniczej ośrodek sporządza i przesyła do Zakładu informację o leczeniu rehabilitacyjnym, zawierającą pełne dane o stanie zdrowia ubezpieczonego, w tym ocenę zdolności do pracy. Wzór informacji o leczeniu rehabilitacyjnym stanowi załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 5. 1. Ubezpieczony nie ponosi kosztów rehabilitacji leczniczej, realizowanej zgodnie ze skierowaniem Zakładu.

2. Poniesione przez ubezpieczonego koszty przejazdu na rehabilitację leczniczą Zakład zwraca do wysokości kosztów przejazdu najtańszym środkiem komunikacji publicznej.

§ 6. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Prezes Rady Ministrów: *W. Cimoszewicz*

ZAKŁAD
UBEZPIECZEŃ
SPOŁECZNYCH



Załączniki do rozporządzenia Rady Mini-
strów z dnia 3 grudnia 1996 r (poz. 674)

Załącznik nr 1

PREWENCJA

Nr wniosku

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

... .. 199 ... r.

Oddział w

data wpłynięcia wniosku

WNIOSEK O REHABILITACJĘ LECZNICZĄ

wypełnia ubezpieczony

<p style="text-align: center;">DANE PERSONALNE UBEZPIECZONEGO</p> <p>Nazwisko</p> <p>Imię</p> <p>Data urodzenia 19 ... r.</p> <p>PESEL <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Płeć: kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/></p> <p>Stan cywilny:</p> <p style="padding-left: 40px;">wolna <input type="checkbox"/> wolny <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">zameżna <input type="checkbox"/> żonaty <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">ADRES ZAMIESZKANIA</p> <p>Ulica</p> <p>Nr domu Nr mieszkania</p> <p>Kod pocztowy <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Miejscowość</p> <p>Województwo</p> <p>Zamieszkujący : miasto <input type="checkbox"/> wieś <input type="checkbox"/></p> <p>Tel.</p>
<p style="text-align: center;">WYKSZTAŁCENIE</p> <p><input type="checkbox"/> niepełne podstawowe</p> <p><input type="checkbox"/> podstawowe</p> <p><input type="checkbox"/> zawodowe</p> <p><input type="checkbox"/> średnie ogólne</p> <p><input type="checkbox"/> średnie zawodowe</p> <p><input type="checkbox"/> policealne</p> <p><input type="checkbox"/> wyższe</p>	<p style="text-align: center;">ZATRUDNIENIE</p> <p>Zawód wykonywany</p> <p>Stanowisko</p> <p>Zatrudniony w sektorze :</p> <p><input type="checkbox"/> publicznym</p> <p><input type="checkbox"/> prywatnym jako:</p> <p style="padding-left: 40px;">pracownik <input type="checkbox"/> właściciel <input type="checkbox"/></p>
<p style="text-align: center;">ZAKŁAD PRACY</p> <p>Nazwa zakładu pracy Nr Regon</p> <p>Ulica Nr domu Nr lokalu</p> <p>Kod pocztowy <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> Miejscowość Województwo</p>	
<p style="text-align: center;">UBEZPIECZONY POBIERA</p> <p><input type="checkbox"/> świadczenia rehabilitacyjne orzeczone na okres od do 199 ... r.</p> <p><input type="checkbox"/> zasiłek za orzeczoną niezdolność do pracy w okresie od do 199 ... r.</p> <p><input type="checkbox"/> świadczenia rentowe za orzeczoną grupę inwalidzką</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> stała <input type="checkbox"/> okresowa, termin badania kontrolnego 1996 r.</p>	

POPZEDNIA REHABILITACJA

Powód rehabilitacji

Miejsce rehabilitacji

Okres rehabilitacji: od ... 199 ... do ... 199 ...

..... dnia ... 199 ... r.

..... podpis ubezpieczonego

WYWIAD

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

BADANIA PRZEDMIOTOWE

waga wzrost układ oddechowy

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

układ krążenia: ciśnienie krwi / tętno /min

układ ruchu

układ nerwowy

inne odchylenia od normy w badaniu przedmiotowym.....

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

wypełnia lekarz wnioskujący o rehabilitację

wypełnia lekarz wnioskujący o rehabilitację

ROZPOZNANIE

Choroba, z powodu której wskazana jest rehabilitacja lecznicza

.....

Typ schorzenia: narząd ruchu układ krążenia

Choroby współistniejące

.....

SZCZEGÓŁOWE UZASADNIENIE CELOWOŚCI WNIOSKU O REHABILITACJĘ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dołączone do wniosku badania pomocnicze, uzasadniające rozpoznanie :

.....

Wymień jakie (badania laboratoryjne, ekg, rtg, inne) i dołączyć do wniosku

DOTYCZY LEKARZA WYSTAWIAJĄCEGO WNIOSEK

Nazwisko Imię

(lekarz wystawiający wniosek)

Nazwa zakładu

.....

Ulica Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kod pocztowy - Województwo

..... dnia 199 ... r.

.....
(podpis i pieczęć lekarza).....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu prywatnego

ORZECZENIE LEKARZA ZUS

Wstrzymanie wydania orzeczenia z powodu potrzeby :

przeprowadzenia konsultacji specjalistycznych

(wymienić jakie)

wykonania badań pomocniczych

(wymienić jakie)

..... dnia 199 ... r.

.....
(podpis i pieczętka lekarza ZUS)

lekarz ZUS

wypełnia

Kwalifikacja pozytywna

Kwalifikacja negatywna (podać uzasadnienie)

..... dnia 199 ... r.

.....
(podpis i pieczętka lekarza ZUS)

ZAKŁAD UBEZPIECZEN
SPOŁECZNYCH
Nr sprawy: R/.....

INFORMACJA O LECZENIU REHABILITACYJNYM *
(chorych skierowanych przez ZUS)

Nr księgi głównej.....199...

Nazwisko i imię.....wiek.....
Adres.....
.....Data przyjęcia.....Data wypisu.....
Rozpoznanie.....

1. Wywiad chorobowy:
2. Badanie kliniczne:
3. Badania dodatkowe:

4. Zastosowane leczenie:

5. Wyniki leczenia:

6. Rozpoznanie:

7. Rokowanie odnośnie do stanu zdrowia:

8. Zdolny do pracy zarobkowej

Zdolny do pracy zarobkowej z ograniczeniem

Niezdolny do pracy zarobkowej

- Zalecenie:

-rehabilitacja zawodowa

-reorientacja zawodowa

podpis ordynatora

podpis lekarza leczącego

.....

.....

Ośrodek Rehabilitacji m.p.

* wypełniać w 4 egzemplarzach

Otrzymują: 1. ubezpieczony
2. wnioskujący zakład opieki zdrowotnej
3. ZUS
4. a\a