

657**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾**

z dnia 7 kwietnia 2005 r.

w sprawie warunków i trybu kierowania przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na świadczenia i usługi rehabilitacyjne

Na podstawie art. 64 ust. 3 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 1998 r. Nr 7, poz. 25, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) wskazania do rehabilitacji leczniczej oraz ocenę jej potrzeby;
- 2) warunki i tryb kierowania na rehabilitację leczniczą;
- 3) wiek ubiegającego się o rehabilitację leczniczą;
- 4) warunki i tryb kwalifikacji wniosku o rehabilitację leczniczą, za pośrednictwem jednostek organizacyjnych Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, zwanej dalej „Kasą”;
- 5) warunki i tryb zwrotu kosztów przejazdu osób kierowanych na rehabilitację leczniczą;
- 6) warunki i tryb przeprowadzania konkursu oraz zawierania umowy o świadczenia i usługi rehabilitacyjne, zwanej dalej „umową”, z podmiotami niebędącymi jednostkami organizacyjnymi Kasy.

§ 2. 1. Rehabilitacja lecznicza realizowana za pośrednictwem Kasy jest rzeczowym świadczeniem zdrowotnym służącym zachowaniu, poprawie lub przywróceniu zdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, udzielanym przez zakłady rehabilitacji leczniczej.

2. Podstawowy okres trwania rehabilitacji leczniczej wynosi 21 dni.

3. Okres trwania rehabilitacji leczniczej może być przedłużony lub skrócony w zależności od potrzeb zdrowotnych i terapeutycznych oraz rokowania przywrócenia zdolności do pracy w gospodarstwie rolnym.

§ 3. Na rehabilitację leczniczą kieruje się osobę:

- 1) zagrożoną całkowitą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym;
- 2) uznaną okresowo za całkowicie niezdolną do pracy w gospodarstwie rolnym, która rokuje odzyskanie zdolności do pracy w gospodarstwie w wyniku dalszego leczenia i rehabilitacji;
- 3) o której mowa w § 9 — ze wskazań zdrowotnych.

§ 4. 1. Na rehabilitację leczniczą kieruje się osobę, która nie ukończyła 60 lat, jeżeli jest kobietą, albo 65 lat, jeżeli jest mężczyzną, oraz spełnia jeden z warunków:

- 1) podlega ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy ustawy w pełnym zakresie;
- 2) podlega ubezpieczeniu wypadkowemu, chorobowemu i macierzyńskiemu na wniosek w pełnym zakresie nieprzerwanie co najmniej przez 18 miesięcy przed złożeniem wniosku o rehabilitację leczniczą;
- 3) ma ustalone prawo do okresowej renty rolniczej z tytułu niezdolności do pracy, jeżeli zachowała zdolność do samodzielnej egzystencji.

2. Okres, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, nie jest wymagany w przypadku osoby ubezpieczonej zagrożonej całkowitą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym wskutek wypadku przy pracy rolniczej.

§ 5. 1. Osoba zagrożona całkowitą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym może być skierowana na rehabilitację leczniczą ponownie nie wcześniej niż po 12 miesiącach od dnia zakończenia poprzedniej rehabilitacji.

2. Na rehabilitację leczniczą można skierować ponownie, po upływie 6 miesięcy od dnia zakończenia poprzedniej rehabilitacji, osobę, która:

- 1) ma ustalone prawo do zasiłku chorobowego z tytułu czasowej niezdolności do pracy trwającej dłużej niż 180 dni;
- 2) ma ustalone prawo do okresowej renty rolniczej z tytułu niezdolności do pracy.

3. Na rehabilitację leczniczą można skierować przed upływem terminów, o których mowa w ust. 1 i 2, w przypadkach uzasadnionych potrzebami prowadzonego leczenia.

¹⁾ Minister Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej — zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Wiceprezesa Rady Ministrów, Ministra Polityki Społecznej (Dz. U. Nr 265, poz. 2643).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 117, poz. 756, z 1999 r. Nr 60, poz. 636, z 2000 r. Nr 45, poz. 531, z 2001 r. Nr 73, poz. 764, z 2002 r. Nr 113, poz. 984, z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 228, poz. 2255 i Nr 229, poz. 2273 oraz z 2004 r. Nr 91, poz. 873, Nr 146, poz. 1546 i Nr 236, poz. 2355.

§ 6. Pierwszeństwo w skierowaniu na rehabilitację leczniczą ma osoba:

- 1) dla której potrzeba rehabilitacji jest uzasadniona następstwem wypadku przy pracy rolniczej lub
- 2) której ustalono prawo do zasiłku chorobowego z tytułu czasowej niezdolności do pracy, trwającej dłużej niż 180 dni, a lekarz rzeczoznawca Kasy lub komisja lekarska Kasy orzekli wskazania do rehabilitacji leczniczej.

§ 7. Podstawę do skierowania osoby, o której mowa w § 4, na rehabilitację leczniczą stanowi prawomocne orzeczenie lekarza rzeczoznawcy Kasy lub komisji lekarskiej Kasy, wydane tej osobie w postępowaniu orzecznictwem dla ustalenia prawa do świadczenia z ubezpieczenia społecznego rolników, zawierające wskazania do rehabilitacji leczniczej.

§ 8. 1. Osoba, o której mowa w § 4, może ubiegać się o skierowanie na rehabilitację leczniczą także na podstawie wniosku, sporządzonego przez lekarza prowadzącego leczenie, według wzoru określonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia dla celów leczenia uzdrowiskowego na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. Wniosek składa się w oddziale regionalnym lub placówce terenowej Kasy, właściwej ze względu na miejsce zamieszkania ubiegającego się o skierowanie na rehabilitację leczniczą.

3. Wniosek osoby spełniającej warunki określone w § 4 podlega merytorycznej weryfikacji przez lekarza regionalnego inspektora orzecznictwa lekarskiego Kasy, który ocenia potrzebę skierowania na rehabilitację leczniczą.

4. Podstawę do skierowania osoby, o której mowa w § 4, na rehabilitację leczniczą przez Kasę stanowi pozytywna ocena lekarza regionalnego inspektora orzecznictwa lekarskiego.

§ 9. 1. Na rehabilitację leczniczą może być skierowane także dziecko osoby:

- 1) o której mowa w § 4 ust. 1,
- 2) mającej ustalone prawo do renty, o której mowa w art. 18 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, zwanej dalej „ustawą”, jeżeli osoba ta podlega:
 - a) ubezpieczeniu wypadkowemu, chorobowemu i macierzyńskiemu na wniosek lub
 - b) ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu na wniosek— nieprzerwanie co najmniej 12 miesięcy przed złożeniem wniosku o rehabilitację leczniczą dla dziecka.

2. Na rehabilitację leczniczą może być skierowane dziecko, o którym mowa w art. 29 ust. 2 ustawy, jeżeli jest w wieku uprawniającym do przyznania renty rodzinnej.

3. W sprawach skierowania dziecka na rehabilitację leczniczą stosuje się odpowiednio § 5 ust. 1 i § 8.

§ 10. 1. Jeżeli na rehabilitację leczniczą jest kierowane dziecko wymagające opieki ze względu na wiek lub stan zdrowia, pobyt w zakładzie rehabilitacji leczniczej zapewnia się również opiekunowi dziecka.

2. O pobyt opiekuna wraz z dzieckiem wnioskuje lekarz, który wystawił wniosek o rehabilitację leczniczą dla dziecka.

3. Opiekun towarzyszący dziecku w zakładzie rehabilitacji leczniczej ponosi odpłatność za pobyt według stawki za rehabilitację pomniejszoną o koszty leczenia w tym zakładzie, chyba że został także zakwalifikowany do odbycia rehabilitacji leczniczej w tym zakładzie, w trybie określonym w § 7 lub 8.

§ 11. 1. Kasa ponosi całkowite koszty rehabilitacji leczniczej osoby skierowanej, łącznie z kosztami zakwaterowania, wyżywienia oraz koszty przejazdu do zakładu rehabilitacji leczniczej.

2. Zwrot kosztów przejazdu do zakładu rehabilitacji leczniczej przysługuje osobie skierowanej po przybyciu do zakładu wskazanego w skierowaniu do odbycia rehabilitacji leczniczej.

3. Zwrotu kosztów przejazdu dokonuje zakład rehabilitacji leczniczej na podstawie pisemnego wniosku osoby skierowanej zawierającego oświadczenie o posiadaniu albo nieposiadaniu uprawnień do ulgowych przejazdów publicznym transportem zbiorowym i przedstawieniu biletów lub rachunków za przejazd.

4. Zakład rehabilitacji leczniczej zwraca osobie skierowanej koszty przejazdu odpowiadające:

- 1) cenie biletu za przejazd kolejowy wykonywany przez uprawnionego przewoźnika w drugiej klasie pociągu osobowego, uwzględniającej posiadane uprawnienia do ulgowych przejazdów środkami publicznego transportu zbiorowego, bez względu na tytuł tych uprawnień;
- 2) cenie biletu za przejazd w autobusowej komunikacji zwykłej przewoźnika wykonującego regularne przewozy osób, uwzględniającej posiadane uprawnienia do ulgowych przejazdów środkami publicznego transportu zbiorowego, bez względu na tytuł tych uprawnień — jeżeli brak jest połączenia kolejowego, o którym mowa w pkt 1, albo gdy przejazd autobusem nie jest droższy;
- 3) cenie biletu za przejazd publicznymi środkami komunikacji miejskiej, uwzględniającej posiadane uprawnienia do ulgowych przejazdów środkami publicznego transportu zbiorowego, bez względu na tytuł tych uprawnień.

5. W przypadku gdy między miejscem zamieszkania osoby skierowanej na rehabilitację leczniczą a zakładem rehabilitacji leczniczej nie ma osobowej komunikacji kolejowej lub autobusowej komunikacji zwy-

kłej, wysokość zwrotu kosztów przejazdu ustala się w kwocie odpowiadającej cenie biletu najtańszego dostępnego środka komunikacji publicznego transportu zbiorowego.

6. Zwrot kosztów przejazdu następuje w formie gotówkowej niezwłocznie po przedstawieniu wniosku, o którym mowa w ust. 3, nie później jednak niż w przedostatnim dniu pobytu w zakładzie rehabilitacji leczniczej.

§ 12. Na rehabilitację leczniczą kieruje się do zakładów rehabilitacji leczniczej prowadzonych przez Kasę oraz do zakładów rehabilitacji leczniczej prowadzonych przez inne niż Kasa podmioty, z którymi Prezes Kasy zawarł umowę, wyłącznie po przeprowadzeniu konkursu ofert.

§ 13. O konkursie ofert na prowadzenie rehabilitacji leczniczej Prezes Kasy zawiadamia w ogłoszeniu w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Centrali Kasy.

§ 14. 1. W ogłoszeniu o konkursie ofert uwzględnia się:

- 1) pełną nazwę i adres siedziby Centrali Kasy;
- 2) szacunkową liczbę osób, których będzie dotyczyć udzielanie świadczeń rehabilitacyjnych;
- 3) okres, na jaki może być zawarta umowa;
- 4) miejsce i termin, w którym można zapoznać się ze szczegółowymi warunkami konkursu i materiałami informacyjnymi;
- 5) miejsce i termin składania ofert;
- 6) termin związania ofertą — nie dłuższy niż 45 dni od upływu terminu składania ofert;
- 7) miejsce i termin otwarcia ofert;
- 8) zastrzeżenie o prawie do odwołania lub unieważnienia konkursu ofert;
- 9) informację o obowiązku dołączenia do oferty:
 - a) aktualnego odpisu z rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej,
 - b) kopii polisy lub innego dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego, że oferent jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności,
 - c) oświadczenia o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia;
- 10) informację o możliwości przesunięcia terminu składania ofert;
- 11) informację o możliwości składania protestów dotyczących konkursu ofert;
- 12) termin rozstrzygnięcia konkursu ofert.

2. Materiały informacyjne, o których mowa w ust. 1 pkt 4, zawierają:

- 1) dodatkowe informacje o przedmiocie zawarcia umowy;
- 2) formularz zgłoszeniowy;
- 3) wskazania i bezwzględne przeciwwskazania medyczne do odbycia rehabilitacji leczniczej;
- 4) projekt umowy;
- 5) informację o obowiązku złożenia oferty na udostępnionym formularzu;
- 6) informację określającą wymagania dla zakładów rehabilitacji leczniczej, dotyczące:
 - a) lokalizacji zakładu rehabilitacji leczniczej,
 - b) bazy hotelowej oraz standardów wyżywienia,
 - c) kadry lekarsko-pielęgniarskiej i specjalistycznej,
 - d) wyposażenia w aparaturę leczniczą i diagnostyczną.

§ 15. 1. Oferta na prowadzenie rehabilitacji leczniczej zawiera:

- 1) nazwę i adres siedziby oferenta;
- 2) opis warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności;
- 3) liczbę i kwalifikacje lekarzy oraz pozostałego personelu medycznego świadczącego usługi rehabilitacyjne;
- 4) proponowaną cenę jednego dnia pobytu z uwzględnieniem kosztów leczenia, wyżywienia i zakwaterowania;
- 5) proponowany okres i zakres realizacji zamówienia;
- 6) podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta.

2. Oferty składa się w formie pisemnej, w zamkniętej kopercie, w miejscu i terminie określonych w ogłoszeniu.

§ 16. 1. Konkurs ofert przeprowadza komisja konkursowa powołana przez Prezesa Kasy w składzie co najmniej 3 osób, z których jedną Prezes Kasy wyznacza na przewodniczącą.

2. Członkiem komisji konkursowej nie może być osoba, która:

- 1) jest oferentem, jego przedstawicielem lub pełnomocnikiem albo członkiem organu osoby prawnej występującej jako oferent;
- 2) pozostaje z osobą, o której mowa w pkt 1:
 - a) w związku małżeńskim,
 - b) w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej albo w linii bocznej do drugiego stopnia, przysposobienia, opieki lub kurateli,

c) w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do jej bezstronności, lub w takim stosunku pozostaje jej małżonek.

3. Członkowie komisji konkursowej przed otwarciem ofert składają oświadczenie, że nie zachodzą wobec nich przesłanki określone w ust. 2.

4. Wyłączenia członka komisji konkursowej i powołania nowego dokonuje Prezes Kasy z urzędu, na wniosek członka komisji konkursowej lub oferenta.

§ 17. 1. Konkurs ofert unieważnia się, jeżeli postępowanie konkursowe nie zostanie zakończone wybraniem najkorzystniejszej oferty lub ofert. W tym przypadku konkurs ogłasza się ponownie.

2. W przypadku gdy do konkursu zgłosił się tylko jeden oferent, Prezes Kasy może przyjąć jego ofertę, jeżeli komisja konkursowa stwierdzi, iż spełnia ona warunki wymagane dla prawidłowej realizacji zamówienia.

§ 18. 1. Komisja konkursowa dokonuje otwarcia ofert nie później niż w terminie 14 dni od zakończenia terminu określonego dla ich złożenia.

2. Komisja konkursowa, przystępując do rozstrzygnięcia konkursu ofert, dokonuje następujących czynności:

- 1) stwierdza liczbę złożonych ofert;
- 2) otwiera koperty z ofertami;
- 3) ustala, które z ofert odpowiadają warunkom określonym w § 15;
- 4) odrzuca oferty, które nie odpowiadają warunkom określonym w § 15;
- 5) przyjmuje do protokołu ewentualne wyjaśnienia zgłoszone przez oferentów;
- 6) wybiera najkorzystniejszą ofertę lub oferty albo nie wybiera żadnej.

§ 19. Z przebiegu konkursu ofert sporządza się protokół, który zawiera:

- 1) oznaczenie miejsca i termin konkursu ofert;
- 2) imiona i nazwiska członków komisji konkursowej;
- 3) liczbę złożonych ofert;
- 4) wskazanie ofert, które odpowiadają warunkom określonym w § 15;
- 5) wskazanie ofert, które nie odpowiadają warunkom określonym w § 15;
- 6) wskazanie najkorzystniejszej oferty lub ofert albo stwierdzenie, że żadna z ofert nie została wybrana, wraz z uzasadnieniem;

7) ewentualne odrębne stanowisko członka komisji konkursowej;

8) podpisy członków komisji konkursowej.

§ 20. 1. Komisja konkursowa działa na posiedzeniach zamkniętych w pełnym składzie.

2. O zakończeniu i wynikach konkursu ofert komisja konkursowa niezwłocznie zawiadamia oferentów na piśmie.

3. Komisja konkursowa rozwiązuje się z chwilą rozstrzygnięcia konkursu ofert.

§ 21. 1. Oferent w terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w § 20 ust. 2, może złożyć do Prezesa Kasy umotywowany protest dotyczący rozstrzygnięcia konkursu.

2. Wniesienie protestu jest dopuszczalne tylko przed zawarciem umowy.

3. Wniesienie protestu wstrzymuje zawarcie umowy.

4. Prezes Kasy rozpatruje i rozstrzyga protest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania.

5. O wniesieniu i rozstrzygnięciu protestu Prezes Kasy informuje na piśmie pozostałych oferentów.

6. W przypadku uwzględnienia protestu Prezes Kasy ponownie ogłasza konkurs ofert.

7. Protest nie przysługuje w przypadku oddalenia wszystkich ofert lub unieważnienia postępowania konkursowego.

§ 22. 1. Z oferentem wybranym przez komisję konkursową Prezes Kasy zawiera umowę w terminie 30 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert.

2. Umowa nie może być zawarta na okres dłuższy niż jeden rok.

§ 23. 1. Umowa zawiera w szczególności:

- 1) oznaczenie stron umowy;
- 2) określenie liczby miejsc dla prowadzenia rehabilitacji leczniczej;
- 3) określenie zakresu świadczeń na rzecz osób skierowanych;
- 4) określenie okresu, na który została zawarta umowa;
- 5) wysokość ceny jednego dnia pobytu z uwzględnieniem kosztów leczenia, wyżywienia i zakwaterowania;
- 6) sposób i termin rozliczeń pomiędzy podmiotem prowadzącym zakład rehabilitacji leczniczej a Prezesem Kasy;

- 7) zobowiązanie zakładu rehabilitacji leczniczej do zwrotu kosztów przejazdu do zakładu, o których mowa w § 11 ust. 2, osobom skierowanym oraz ich rozliczenia z Prezesem Kasy;
- 8) zobowiązanie zakładu rehabilitacji leczniczej do przekazania jednostkom organizacyjnym Kasy w określonym terminie informacji o przebiegu i wynikach rehabilitacji leczniczej;
- 9) przyjęcie przez zakład rehabilitacji leczniczej obowiązku poddania się kontroli Prezesa Kasy w zakresie wykonywanej umowy;
- 10) okoliczności uzasadniające rozwiązanie umowy.

2. Umowa zawarta z zakładem rehabilitacji leczniczej może zawierać postanowienia dotyczące zaliczek i terminów ich przekazywania przez Prezesa Kasy oraz sposobu i terminów ich rozliczania przez zakład.

3. Wszelkie zmiany w umowie mogą być dokonywane w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 24. W sprawach nieuregulowanych w rozporządzeniu w zakresie udzielania zamówień na świadczenia i usługi rehabilitacyjne stosuje się przepisy ustawy

z dnia 23 kwietnia 1964 r. — Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93, z późn. zm.³⁾).

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

Minister Polityki Społecznej: w z. *C. Miżejewski*

³⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1971 r. Nr 27, poz. 252, z 1976 r. Nr 19, poz. 122, z 1982 r. Nr 11, poz. 81, Nr 19, poz. 147 i Nr 30, poz. 210, z 1984 r. Nr 45, poz. 242, z 1985 r. Nr 22, poz. 99, z 1989 r. Nr 3, poz. 11, z 1990 r. Nr 34, poz. 198, Nr 55, poz. 321 i Nr 79, poz. 464, z 1991 r. Nr 107, poz. 464 i Nr 115, poz. 496, z 1993 r. Nr 17, poz. 78, z 1994 r. Nr 27, poz. 96, Nr 85, poz. 388 i Nr 105, poz. 509, z 1995 r. Nr 83, poz. 417, z 1996 r. Nr 114, poz. 542, Nr 139, poz. 646 i Nr 149, poz. 703, z 1997 r. Nr 43, poz. 272, Nr 115, poz. 741, Nr 117, poz. 751 i Nr 157, poz. 1040, z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 117, poz. 758, z 1999 r. Nr 52, poz. 532, z 2000 r. Nr 22, poz. 271, Nr 74, poz. 855 i 857, Nr 88, poz. 983 i Nr 114, poz. 1191, z 2001 r. Nr 11, poz. 91, Nr 71, poz. 733, Nr 130, poz. 1450 i Nr 145, poz. 1638, z 2002 r. Nr 113, poz. 984 i Nr 141, poz. 1176, z 2003 r. Nr 49, poz. 408, Nr 60, poz. 535, Nr 64, poz. 592 i Nr 124, poz. 1151, z 2004 r. Nr 91, poz. 870, Nr 96, poz. 959, Nr 162, poz. 1692, Nr 172, poz. 1804 i Nr 281, poz. 2783 oraz z 2005 r. Nr 48, poz. 462.

658

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA POLITYKI SPOŁECZNEJ¹⁾

z dnia 7 kwietnia 2005 r.

w sprawie przyznawania nagród specjalnych w zakresie pomocy społecznej

Na podstawie art. 121 ust. 6 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 593, Nr 99, poz. 1001 i Nr 273, poz. 2703 oraz z 2005 r. Nr 64, poz. 565) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) warunki przyznawania nagród specjalnych, zwanych dalej „nagrodami”;
- 2) rodzaje nagród;
- 3) podmioty uprawnione do zgłaszania wniosków o nagrody;
- 4) sposób i tryb postępowania w sprawie nagród.

¹⁾ Minister Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej — zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Wiceprezesa Rady Ministrów, Ministra Polityki Społecznej (Dz. U. Nr 265, poz. 2643).

§ 2. 1. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego, zwany dalej „ministrem”, przyznaje nagrody za wybitne, nowatorskie rozwiązania, zastosowane przy następujących rodzajach działań:

- 1) opracowaniu programu wspierania osób i rodzin znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej, ukierunkowanego na kompleksowe rozwiązywanie problemów społeczności lokalnej przez świadczenie usług pomocy środowiskowej;
- 2) wdrożeniu programu społecznego, ukierunkowanego na rozwiązywanie trudnych problemów społecznych, takich jak narkomania, alkoholizm, bezdomność, przemoc w rodzinie;
- 3) realizacji przedsięwzięć wspierających różne podmioty w realizacji zadań pomocy społecznej w celu rozszerzenia oferty świadczonych usług w ramach wsparcia środowiskowego lub instytucjonalnego;
- 4) współpracy z administracją rządową lub samorządową oraz z innymi podmiotami w zakresie two-