

## **1. Skierowanie do domów pomocy społecznej:**

Osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, nie mogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych, przysługuje prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej. W razie niemożności umieszczenia w domu pomocy społecznej z powodu braku wolnych miejsc, powiadamia się osobę o wpisaniu na listę osób oczekujących oraz o przewidywanym terminie oczekiwania na umieszczenie w domu pomocy społecznej. Osobę, kieruje się do domu pomocy społecznej odpowiedniego typu, zlokalizowanego jak najbliżej miejsca zamieszkania osoby kierowanej, z zastrzeżeniem art. 54 ust. 2a ustawy o pomocy społecznej, chyba że okoliczności sprawy wskazują inaczej, po uzyskaniu zgody tej osoby lub jej przedstawiciela ustawowego na umieszczenie w domu pomocy społecznej. Domy pomocy społecznej, w zależności od tego, dla kogo są przeznaczone, dzielą się na domy 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.

Pobyt w domu pomocy społecznej jest odpłatny do wysokości średniego miesięcznego kosztu utrzymania. Obowiązani do wnoszenia opłaty za pobyt są w kolejności:

1. mieszkaniec domu, nie więcej jednak niż 70% swojego dochodu,
2. małżonek, zstępni przed wstępnymi - zgodnie z zawartą umową w trybie art. 103 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej:
  - 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,
  - 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,
  - gmina, z której osoba została skierowana do domu pomocy społecznej - w wysokości różnicy między średnim kosztem utrzymania w domu pomocy społecznej a opłatami wnoszonymi przez osoby, o których mowa w pkt. a i b.

Opłatę za pobyt mogą również wносить inne osoby niż wymienione powyżej.

## **2. Wymagane dokumenty:**

- wniosek o umieszczenie w domu pomocy społecznej (postanowienie sądu opiekuńczego o umieszczeniu strony bez zgody),
- dowód osobisty lub inny dokument potwierdzający tożsamość - do wglądu,

- zaświadczenie lub oświadczenie o wysokości dochodu, złożone przez wnioskodawcę pod rygorem odpowiedzialności za fałszywe zeznania,
- zaświadczenie lub oświadczenie o wysokości dochodu, złożone przez osoby zobowiązane do ponoszenia opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej pod rygorem odpowiedzialności za fałszywe zeznania,
- oświadczenie o uzyskaniu (lub braku) jednorazowego dochodu w ciągu ostatnich 12 miesięcy/ wysokości uzyskanego jednorazowo dochodu należnego za dany okres,
- zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia ze wskazaniem występujących schorzeń oraz kserokopie innej dokumentacji medycznej potwierdzającej występowanie schorzeń przewlekłych, uzasadniających objęcie pomocą w formie umieszczenia w domu pomocy społecznej (np. karty informacyjne ze szpitala),
- oświadczenie o stanie majątkowym,
- oświadczenie o wyrażeniu zgody na ponoszenie odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej,
- postanowienie sądu rejonowego na podjęcie czynności celem umieszczenia osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie lub częściowo w domu pomocy społecznej,
- w razie konieczności inne dokumenty potwierdzające sytuację wnioskodawcy.
- rodzinny wywiad środowiskowy przeprowadzony przez pracownika

### **3. Opłaty skarbowe:**

Brak opłat.

### **4. Forma i termin załatwienia sprawy:**

Wydanie decyzji administracyjnej o przyznaniu lub odmowie skierowania do domu pomocy społecznej oraz decyzji dotyczącej umieszczenia w domu pomocy społecznej i ustalenia opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej. Decyzję administracyjną wydaje się po przeprowadzeniu rodzinnego wywiadu środowiskowego. Termin załatwienia sprawy - bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu jednego miesiąca od dnia wszczęcia postępowania, a w sprawie szczególnie skomplikowanej nie później niż w ciągu dwóch miesięcy od dnia wszczęcia postępowania.

### **5. Sprawy załatwiane są przez:**

pracowników socjalnych MOPS Gorlice ul. Reymonta 1 , pok. nr 10, 12,16,17,18,19,20 tel. 18 352-05-10 lub 18 352-03-11 w dniach i godzinach:

- poniedziałek do piątku w godzinach od 8 :00 do 10:00 i 14:00 do 15:00,

### **6. Tryb odwoławczy:**

Od decyzji przysługuje odwołanie do Samorządowego Kolegium Odwoławczego w Nowym Sączu ul. Gorzkowska 30 za pośrednictwem Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Gorlicach ul. Reymonta 1 w terminie 14 dni od dnia doręczenia decyzji.

### **7. Podstawa prawna:**

1. ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1508 ze zmianami),

2. ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2017 r. poz. 882),
3. rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 poz. 734 ze zmianami .),
4. rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 sierpnia 2016 r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego (Dz. U. z 2017 r. poz. 1788),
5. rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11 lipca 2018 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1358),
6. ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2018 r., poz. 2096 ze zmianami ).

Miejscowość, ..... data .....

## W N I O S E K

### osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL .....

Na podstawie art. 54 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej ( tekst jednolity Dz. U. z 2018 r. poz. 1508 ) zwracam się z prośbą o rozpatrzenie możliwości skierowania mnie do domu pomocy społecznej.

### UZASADNIENIE WNIOSKU \*

(wypełnia osoba ubiegająca się o skierowanie lub jej przedstawiciel ustawowy)

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

Wyrażam zgodę na ponoszenie kosztu odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej oraz zgadzam się na potrącanie odpłatności z moich dochodów.

.....

*data, czytelny podpis  
osoby\*\**

### Do wniosku załączam:

- 1) zaświadczenie lekarskie
- 2) dokumentację medyczną,
- 3) inne dokumenty  
(jakie ?)

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

---

\* uzasadnienie powinno zawierać wskazanie przyczyny z powodu których osoba ubiega się o skierowanie do domu pomocy społecznej

\*\* czytelny podpis osoby ubiegającej się lub jej przedstawiciela ustawowego

.....  
Imię i nazwisko

.....  
(miejscowość i data)

.....  
.....  
.....  
(adres)

## **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na ponoszenie opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej oraz na jej potrącanie przez właściwy organ emerytalno – rentowy ze świadczenia emerytalno – rentowego lub z zasiłku stałego .

.....  
(podpis osoby wnioskującej)

## Oświadczenie

Wyrażam zgodę na ponoszenie opłaty za pobyt w DPS ustalonej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018r. poz. 1508), oraz na jej potrącenie przez właściwy organ emerytalno-rentowy z otrzymywanego świadczenia, zgodnie z odrębnymi przepisami.

.....  
własnoręczny podpis osoby ubiegającej się o umieszczenie w D

Załącznik nr

.....  
(nazwa i adres ośrodka pomocy społecznej)

OPINIA DOTYCZĄCA STOPNIA SPRAWNOŚCI OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ  
 O SKIEROWANIE DO DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ  
 (wypełnia pracownik socjalny ośrodka pomocy społecznej)

Część ogólna

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu (w przypadku dzieci lub ubezwłasnowolnionych-również imię i nazwisko osoby składającej wniosek, stopień pokrewieństwa z osobą kierowaną a także imię i nazwisko opiekuna prawnego)

.....  
 .....

2. Data urodzenia

.....

3. Miejsce zamieszkania:\*

zameldowanie na pobyt stały

.....

zameldowanie na pobyt czasowy

.....

aktualne miejsce pobytu

.....

---

\* Niepotrzebne skreślić

Część szczegółowa

A. Ogólna ocena psychofizycznej osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej, a w szczególności:

1. Ocena sprawności ruchowej (chodzi samodzielnie\*, z pomocą innych osób\*, z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego- podać jakiego\*, nie chodzi samodzielnie\*)

.....  
 .....

2. Ocena możliwości zaspokojenia niezbędnych potrzeb życiowych (samodzielny\*, wymaga częściowej pomocy\*, wymaga stałej pomocy\*, zupełnie niesamodzielny\*)

.....  
 .....

3. Ocena zdolności porozumiewania się (ewentualne dysfunkcje w zakresie: mowy, słuchu i wzroku)

.....  
 .....

4. Preferowane formy spędzania wolnego czasu (zainteresowania i zamiłowania)

.....  
 .....

5. Oczekiwania osoby ubiegającej się o skierowanie do domu i osoby występującej w jej imieniu co do warunków i zakresu usług świadczonych przez dom

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

6. Cechy zachowań mogące wpłynąć na funkcjonowanie w domu pomocy społecznej (zarówno pozytywne, jak i negatywne)

.....  
.....

B. Inne informacje dotyczące osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej:

1. Opinia ośrodka pomocy społecznej właściwego ze względu na miejsce zamieszkania na temat możliwości funkcjonowania osoby w jej dotychczasowym środowisku społecznym (podać, co uniemożliwia pozostanie jej w dotychczasowym środowisku zamieszkania)

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

2. Podać, jaki jest zakres i rodzaj oferowanej pomocy przez gminę osobie ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

.....  
.....

3. Czy zakres oferowanych przez gminę usług jest wystarczający, jeśli nie – opisać dlaczego

.....  
.....

4. Opinia ośrodka pomocy społecznej dotycząca umieszczenia osoby w domu pomocy społecznej (nie wymaga skierowania, wymaga skierowanie na pobyt okresowy lub na pobyt stały)

.....  
.....

.....  
(podpis osoby ubiegającej się o skierowanie  
do domu pomocy społecznej lub  
jej opiekuna prawnego)

.....  
(podpis pracownika socjalnego)

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(podpis kierownika ośrodka pomocy społecznej)

\*Niepotrzebne skreślić



(nazwa i adres ośrodka pomocy społecznej)

## **OPINIA DOTYCZĄCA STOPNIA SPRAWNOŚCI OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE DO DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ**

(wypełnia pracownik socjalny ośrodka pomocy społecznej)

### **CZĘŚĆ OGÓLNA**

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu (w przypadku dzieci lub osób ubezwłasnowolnionych- również imię i nazwisko osoby składającej wniosek, stopień pokrewieństwa z osobą kierowaną a także imię i nazwisko opiekuna prawnego)

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

2. Data urodzenia .....

3. Miejsce zamieszkania:\*

zameldowanie na pobyt stały

.....

zameldowanie na pobyt czasowy

.....

aktualne miejsce pobytu.....

.....

### **CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA**

#### **A. Ogólna ocena stanu psychofizycznego osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej, a w szczególności:**

1. Ocena sprawności ruchowej (chodzi samodzielnie\*, z pomocą innych osób\*, z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego-podać jakiego\*, nie chodzi samodzielnie\*)

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

2. Ocena możliwości zaspokajania niezbędnych potrzeb życiowych (samodzielny\*, wymaga częściowej pomocy\*, wymaga stałej pomocy\*, zupełnie niesamodzielny\*)

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

3. Ocena zdolności porozumiewania się (ewentualne dysfunkcje w zakresie: mowy, słuchu i wzroku)

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

4. Preferowane formy spędzania wolnego czasu (zainteresowania i zamiłowania)

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

5. Oczekiwania osoby ubiegającej się o skierowanie do domu i osoby występującej w jej imieniu co do warunków i zakresu usług świadczonych przez dom

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

..... 6. Cechy zachowań mogące wpłynąć na funkcjonowanie w domu pomocy społecznej (zarówno pozytywne, jak i negatywne)

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

**B. Inne informacje dotyczące osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej:**

1. Opinia ośrodka pomocy społecznej właściwego ze względu na miejsce zamieszkania na temat możliwości funkcjonowania osoby w jej dotychczasowym środowisku społecznym (podać, co uniemożliwia pozostanie jej w dotychczasowym środowisku zamieszkania)

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

2. Podać, jaki jest zakres i rodzaj oferowanej pomocy przez gminę osobie ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

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

..... 3. Czy zakres oferowanych przez gminę usług jest wystarczający, jeśli nie – opisać dlaczego

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

4. Opinia ośrodka pomocy społecznej dotycząca umieszczenia osoby w domu pomocy społecznej (nie wymaga skierowania, wymaga skierowania na pobyt okresowy lub na pobyt stały)

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

.....  
(podpis osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej lub jej opiekuna prawnego)

.....  
(podpis pracownika socjalnego)

.....  
(miejsowość i data) (podpis kierownika ośrodka pomocy społecznej)

\* Niepotrzebne skreślić.

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

## OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE DO DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ

*„Osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych, przysługuje prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej” art. 54 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej ( Dz. U. z 2009 r., Nr 175, poz.1362 z późn.. zm.)*

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

.....  
.....

2. Data i miejsce urodzenia:

.....  
.....

3. Czy lekarz ma wgląd do pełnej dokumentacji i od kiedy jest ona prowadzona  
(proszę podać miesiąc i rok)

**Tak**

**Nie**

4. Jest osobą przewlekle chorą, ale stan jej nie wymaga leczenia szpitalnego

**Tak**

**Nie**

5. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....  
.....

6. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

7. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:

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

8. Osoba wymaga ze względu na stan zdrowia całodobowej opieki:

- |            |            |            |
|------------|------------|------------|
| - stale    | <b>Tak</b> | <b>Nie</b> |
| - okresowo | <b>Tak</b> | <b>Nie</b> |

9. Czy istnieje konieczność konsultacji pacjenta przez:

- |                    |            |            |
|--------------------|------------|------------|
| Lekarza psychiatrę | <b>Tak</b> | <b>Nie</b> |
| Psychologa         | <b>Tak</b> | <b>Nie</b> |

10. Proszę podkreślić zakres świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia prawidłowego funkcjonowania osoby badanej i zaznaczyć czy istnieje możliwość realizacji w dotychczasowym środowisku.

- |   |            |            |
|---|------------|------------|
| - pielęgnacji chorych                       | <b>Tak</b> | <b>Nie</b> |
| - pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnym | <b>Tak</b> | <b>Nie</b> |
| -leczenie badania i porady lekarskie        | <b>Tak</b> | <b>Nie</b> |
| -rehabilitacja lecznicza                    | <b>Tak</b> | <b>Nie</b> |
| -badania i terapia Psychologiczna           | <b>Tak</b> | <b>Nie</b> |
| -działania zapobiegawcze                    | <b>Tak</b> | <b>Nie</b> |

11. Badana osoba ze względu na stan zdrowia wymaga/nie wymaga skierowania do:

**Domu pomocy społecznej**  
( dotyczy osób wymagających całodobowej opieki)

**Zakładu opiekuńczo-leczniczego**  
( dotyczy osób wymagających wzmożonej opieki medycznej)

12. W przypadku domu pomocy społecznej należy określić typ domu ze względu na występujące schorzenia:

- a) dla osób w podeszłym wieku
- b) dla osób przewlekle somatycznie chorych
- c) dla osób przewlekle psychicznie chorych
- d) dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
- e) dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie
- f) dla osób niepełnosprawnych fizycznie

Miejscowość: .....

Data: .....

.....  
Podpis i pieczęć lekarza

- w wypadku wystąpienia choroby psychicznej u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświadczenie lekarza psychiatry
- w wypadku występowania upośledzenia umysłowego u osoby ubiegającej się o umieszczenie w domu pomocy społecznej do niniejszego zaświadczenia lekarskiego dołącza się zaświad

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o skierowanie do domu pomocy społecznej

.....  
Adres zamieszkania

PESEL

Wiek

.....  
2. Wnioskowany typ domu pomocy społecznej /podkreślić właściwy/

- dla osób starych
- dla osób przewlekle somatycznie chorych
- dla osób przewlekle psychicznie chorych
- dla osób niepełnosprawnych intelektualnie
- dla osób niepełnosprawnych fizycznie

Miejscowość .....

Data .....

Podpis i pieczęć lekarza

UWAGI:

Na terenie Powiatu Gorlickiego funkcjonują następujące ponadgminne domy pomocy społecznej:

1. Dom Pomocy Społecznej dla osób w podeszłym wieku w Gorlicach, ul. Sienkiewicza 30
2. Dom Pomocy Społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych w Gorlicach, ul. Michalusa 14
3. Dom Pomocy Społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych w Klimkówce 67

