

### **Wymagania Zakładu w przypadku realizacji kilku umów w obiekcie**

1) Przy realizacji kilku umów w jednym obiekcie – jeden psycholog może prowadzić oddziaływanie psychologiczne:

- a) maksymalnie dla 200 osób, gdy psycholog prowadzi oddziaływania psychologiczne dla umów na świadczenie usług rehabilitacyjnych w zakresie schorzeń narządu ruchu (NR), układu krążenia (UK), układu oddechowego (UO) – w systemie stacjonarnym oraz schorzeń narządu ruchu lub układu krążenia – w systemie ambulatoryjnym (NR.A lub UK.A) lub schorzeń układu krążenia z możliwością rehabilitacji monitorowanej telemedycznie (UKT.A) – pod warunkiem zatrudnienia psychologa w wymiarze całego etatu, tj. 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień;
- b) maksymalnie dla 100 osób, gdy psycholog prowadzi oddziaływanie psychologiczne dla umów na świadczenie usług rehabilitacyjnych po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego (OGP) lub w zakresie schorzeń narządu głosu (NGL) lub schorzeń psychosomatycznych (PS) oraz dodatkowo dla umów w schorzeniach narządu ruchu (NR) lub układu krążenia (UK) lub układu oddechowego (UO) w systemie stacjonarnym lub schorzeń narządu ruchu lub układu krążenia w systemie ambulatoryjnym (NR.A lub UK.A) lub schorzeń układu krążenia z możliwością rehabilitacji monitorowanej telemedycznie (UKT.A) – pod warunkiem zatrudnienia psychologa w wymiarze całego etatu, tj. 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień;

W tym przypadku liczba gabinetów psychologicznych musi być równa liczbie psychologów.

- 2) Przy realizacji kilku umów w jednym obiekcie ośrodek może udostępnić jeden wspólny gabinet pielęgniarki z wymaganym wyposażeniem. Niedopuszczalne jest połączenie gabinetu pielęgniarki z innymi gabinetami.
- 3) Przy realizacji kilku umów w jednym obiekcie – dotyczy rehabilitacji w schorzeniach narządu głosu (NGL), ośrodek musi zapewnić wskazaną liczbę sprzętu, gabinetów i sal:
  - a) jeden gabinet logopedyczny na 20 osób;
  - b) jeden gabinet lekarski wyposażony w stanowisko do badania laryngologiczno-foniatrycznego z videostroboskopem na 40 osób;

- c) jeden gabinet przeznaczony do badań słuchu, głosu i mowy wyposażony w audiometr oraz urządzenie do oceny akustycznej głosu i mowy na 60 osób;
  - d) jedna sala terapii psychologicznej na 60 osób.
- 4) Przy realizacji kilku umów w jednym obiekcie – ośrodek musi udostępnić następującą liczbę sal do ćwiczeń grupowych:
- a) jedna sala do ćwiczeń grupowych na nie więcej niż 149 osób,
  - b) dwie sale do ćwiczeń grupowych na 150 do 299 osób,
  - c) trzy sale do ćwiczeń grupowych na 300 do 449 osób,
  - d) cztery sale do ćwiczeń grupowych na 450 do 599 osób.

.....  
Pieczęć Ośrodka

Załącznik nr 2  
do umowy nr .....  
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

### Wykaz osób skierowanych na rehabilitację leczniczą

Nazwa obiektu \* .....  
w turnusie od ..... do ..... Umowa nr .....

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL	Nr pokoju**	Oddział ZUS	Data przyjazdu ***
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
<b>Liczba osób, które stawiły się w obiekcie</b>					

.....  
podpis i pieczęć osoby upoważnionej

\* dla każdego obiektu należy sporządzić osobny wykaz

\*\* podać nr pokoju, w którym jest zakwaterowana osoba skierowana na rehabilitację leczniczą

\*\*\*w przypadku nie stawienia się danej osoby do obiektu należy wpisać wyraz „NIE”.

.....  
Pieczęć Ośrodka

Załącznik nr 3  
do umowy nr .....  
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

....., dnia .....

**Wniosek o skrócenie  
rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS**

Pani/Pan.....

PESEL .....

Data **rozpoczęcia** rehabilitacji leczniczej – pierwszy dzień pobytu .....

Wnioskowana data **skrócenia** rehabilitacji – ostatni dzień pobytu .....

Rozpoznanie wg **ICD10** .....

Powód skrócenia pobytu.....

**Zwrotny adres email** .....

.....  
Podpis i pieczęć ordynatora lub  
lekarza prowadzącego leczenie

**Zakład Ubezpieczeń Społecznych wyraża zgodę na skrócenie turnusu rehabilitacji zgodnie z wnioskowaną datą skrócenia.**

.....  
Podpis i pieczęć pracownika  
Departamentu Prewencji i Rehabilitacji

Podstawa prawna: § 7 ust. 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne (Dz. U. z 2019 r. poz. 277).

.....  
Pieczęć Ośrodka

Załącznik nr 4  
do umowy nr .....  
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

....., dnia .....

**Wniosek o przedłużenie  
rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS**

Pani/Pan .....

PESEL .....

Zawód .....

Data **rozpoczęcia** rehabilitacji leczniczej – pierwszy dzień pobytu .....

Wnioskowana data **przedłużenia** rehabilitacji – ostatni dzień pobytu .....

Rozpoznanie (w języku polskim) .....

.....

Dotychczasowe osiągnięte rezultaty rehabilitacji.....

.....

Cel rehabilitacji w związku z przedłużeniem turnusu .....

.....

Po przedłużeniu rehabilitacji ubezpieczony **rokuje** odzyskanie zdolności do pracy.

**Zwrotny adres email** .....

.....  
Podpis i pieczęć ordynatora lub  
lekarza prowadzącego leczenie

**Zgoda/brak zgody** ZUS na przedłużenie rehabilitacji.

Data ostatniego dnia pobytu.....

Warszawa, dnia .....

.....  
Podpis i pieczęć lekarza Departamentu  
Prewencji i Rehabilitacji

Podstawa prawna: § 7 ust. 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne (Dz. U. z 2019 r. poz. 277).

.....  
Pieczęć Ośrodka

Załącznik nr 5  
do umowy nr .....  
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

### Wykaz kadry realizującej program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS\*

nr z wymagań (podać odpowiedni nr z wymagań)	Nazwisko i Imię	Funkcja (np. ordynator, asystent fizjoterapeuta, psycholog, dietetyk ....)	Specjalizacje i wymagane certyfikaty**	Uwagi:	Godziny pracy kadry lekarskiej i specjalistycznej (podać dziennie w godzinach od-do)					
					Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob

....., dnia .....

Zatwierdził .....  
(imię i nazwisko, pieczęć)

\* należy wypełnić uwzględniając odpowiednią liczbę kadry lekarskiej i specjalistycznej  
\*\* w przypadku fizjoterapeutów dopuszcza się jedynie osoby z Prawem Wykonywania Zawodu Fizjoterapeuty, w przypadku masażyści dopuszcza się jedynie dyplom technika lub fizjoterapeuty

.....  
Pieczęć Ośrodka

Nr ks. gł. ....

Numer pokoju .....

**NGL****INFORMACJA O PRZEBYTEJ REHABILITACJI LECZNICZEJ**

w ramach prewencji rentowej ZUS w schorzeniach narządu głosu

Nazwisko i imię ..... PESEL .....

Adres zamieszkania: kod .....-..... miejscowość .....

ul. .... nr ..... nr lokalu .....

**Rodzaj świadczenia:** zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, renta, bez świadczenia, urlop dla poratowania  
zdrowia (*właściwe podkreślić*)data przyjęcia ..... data wypisu ..... **liczba dni pobytu** .....nieobecności od ..... do ..... **liczba dni nieobecności** .....**liczba dni zabiegowych** .....**Rozpoznanie ustalone przez lekarza orzecznika ZUS:**

..... nr stat. ....

**Rozpoznanie ustalone w ośrodku rehabilitacyjnym:**

choroba podstawowa ..... nr stat. ....

choroby współistniejące ..... nr stat. ....

..... nr stat. ....

**Zawód wykonywany** ..... **Zawód wycuczony** .....**Cel rehabilitacji**.....

Czy cel rehabilitacji został osiągnięty:	TAK	NIE
--	-----	-----

**Opinia końcowa o zmianie stanu funkcjonalnego na dzień wypisu:**

<b>Poprawa</b> stanu funkcjonalnego	<b>Bez zmiany</b> stanu funkcjonalnego	<b>Pogorszenie</b> stanu funkcjonalnego związane z chorobą będącą przyczyną skierowania na rehabilitację	<b>Pogorszenie</b> stanu funkcjonalnego nie związane z chorobą będącą przyczyną skierowania na rehabilitację
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>UZASADNIENIE</b>			

**Ocena kliniczna w dniu przyjęcia:**

**a) wywiad** (zgłaszane dolegliwości, przebieg choroby i stosowane leczenie, przebyte inne choroby, operacje, wywiad rodzinny, nałogi):

.....

.....

**b) badanie przedmiotowe ogólne** (stan ogólny, tętno obwodowe, ilość oddechów/min., budowa ciała, szyja, głowa, klatka piersiowa, tor oddychania, stan psychiczny):

.....

.....

**c) badanie otolaryngologiczne:**

	<b>Badanie wstępne</b>	<b>Badanie końcowe</b>
nos		
jama ustna		
gardło		
uszy		
krtań		
fałdy głosowe		
ruchomość fałdów głosowych		
zwarcie fonacyjne		
pozostałe struktury krtani		
błona śluzowa		
okolica podgłośniowa		

**d) subiektywna ocena głosu:**

.....



**Badania dodatkowe niezbędne dla ustalenia i realizacji programu rehabilitacji leczniczej:**

- Pomiary RR:.....
- Masa ciała: początkowa ..... końcowa ..... wzrost ..... BMI /przy wypisie/ .....
- **Ocena głosu w skali percepcyjnej GRBAS**

(Zaburzenia: 0- brak; 1- lekkie; 2- mierne; 3- ciężkie)

	Badanie wstępne				Badanie końcowe			
	Data badania:				Data badania:			
<b>G – stopień chrypki</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>R – szorstkość głosu</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>B – nastawienie głosowe</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>A – asteniczność głosu</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>S – napięcie głosu</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>

- Częstotliwość podstawowa głosu [Hz].....
- Natężenie głosu w mowie [dB].....
- Czas fonacji [s].....
- Obiektywna analiza głosu (Jitt, Shim, NHR).....
- **Badanie videolaryngoskopowe krtani**

	Badanie wstępne		Badanie końcowe	
	Data badania:		Data badania:	
<b>Budowa krtani</b>				
<b>Nagłośnia</b>				

Fałdy przedsiolkowe		
Nalewki		
Zachyłki gruszkowate		
Fałdy głosowe		
Ruchomość            fałd		
Zwarcie fonacyjne		
Błona śluzowa		
Okolice podgłośniowa		

- Badanie videostroboskopowe krtani:

	Badanie wstępne	Badanie końcowe
	Data badania:	Data badania:
Drgania fałdów głosowych		
Amplituda drgań		
Przesunięcie brzeżne		
Zwarcie fałdów głosowych		
Ruchomość oddechowa		
Drgania fałdów głosowych		
Poziom fałdów głosowych		

- Próba męczyliwosci głosu: .....

- Ocena czynności tworzenia głosu:.....

	Badanie wstępne	Badanie końcowe
	Data badania:	Data badania:
Oddechowa		
Fonacyjna		
Artykulacyjna		

Rezonacyjna		
-------------	--	--

- Kwestionariusz oceniający niepełnosprawność głosową – VHI podczas przyjęcia do placówki  
(załącznik nr 10):.....

**Konsultacje:**

.....

.....

**1. Rehabilitacja lecznicza:**

Kinezyterapia	Rodzaj	Liczba zabiegów zleconych	Liczba zabiegów wykonanych
Ćwiczenia oddechowe			
Ćwiczenia ogólnousprawniające			
Terapia manualna głosu			
Inne			
<b>Razem liczba zabiegów</b>			

Fizykoterapia	Rodzaj	Liczba zabiegów zleconych	Liczba zabiegów wykonanych
Inhalacje			
Zabiegi z zakresu elektroterapii			
Wlewki dokrtaniowe			
Inne			
<b>Razem liczba zabiegów</b>			

**2. Treningi logopedyczne:**

	Liczba zabiegów zleconych	Liczba zabiegów wykonanych
.....		

Indywidualne		
Grupowe		
Ćwiczenia emisji głosu		
<b>Razem</b> liczba treningów		

### 3. Formy oddziaływania psychologicznego:

	Daty przeprowadzonych oddziaływań	Liczba
Terapia indywidualna		
Psychoedukacja		
Treningi relaksacyjne		
Inne		
<b>Razem</b> liczba oddziaływań psychologicznych		

### 4. Edukacja zdrowotna:

	Data	Liczba
Edukacja w zakresie procesu tworzenia głosu (lekarz)		
Świadomość tworzenia i kontroli własnego głosu (lekarz)		
Zasady tworzenia głosu w warunkach nadmiernego narażenia na wysiłek głosowy (logopeda)		
Zasady higieny głosu (logopeda)		
Znajomość mechanizmów prawidłowej emisji głosu (w zakresie postawy, czynności oddechowej, fonacyjnej i artykulacyjnej) (logopeda)		
Choroby krtani jako następstwa nieprawidłowego sposobu tworzenia głosu (lekarz)		
Czynniki ryzyka w chorobach cywilizacyjnych (lekarz)		
Czynniki zagrożenia dla zdrowia w miejscu pracy (BHP)		
Podstawowe informacje o prawach i obowiązkach pracodawcy i		
Zasady prawidłowego żywienia (dietetyk)		
Profilaktyka uzależnień		
Inne		
<b>Razem</b> liczba zajęć		

**5. Leczenie farmakologiczne:**

.....  
.....

**Wyniki rehabilitacji leczniczej:** *(opinia końcowa o zmianie stanu funkcjonalnego ze szczególnym uwzględnieniem: wydolności głosowej, techniki emisyjnej, stroboskopową ocenę krtani, testu sprawności funkcjonalnej VHI)*

.....  
.....

**Zalecenia dla osoby skierowanej przez Zakład:**

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

....., dnia .....

.....

.....

Podpis i pieczęć lekarza

Podpis i pieczęć ordynatora

prowadzącego leczenie

ośrodka rehabilitacyjnego

NR4/NGL - Informacja o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS

.....  
Pieczęć Ośrodka

Załącznik nr 7  
do umowy nr .....  
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

Nr ks. gł. .... Nazwisko i imię ..... PESEL .....

**Zestawienie wykonanych czynności (badań, zabiegów, oddziaływań ...) w kolejnych dniach rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS**

w turnusie od ..... do .....

dzień rehabilitacji	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
data																								
Podpis lekarza wykonującego badanie lekarskie																								
Podpis osoby wykonującej badania fizjoterapeutyczne i diagnostyczne lub konsultacje																								
Podpis osoby wykonującej zabiegi fizykalne i kinezyterapii																								
Podpis lekarza decydującego o zwolnieniu pacjenta z zabiegów z przyczyn medycznych																								
Podpis osoby prowadzącej oddziaływania psychologiczne i/lub edukację zdrowotną																								
Podpis pacjenta potwierdzający korzystanie z basenu																								
Podpis pacjenta potwierdzający korzystanie z kriokomory																								
Podpis pacjenta potwierdzający realizację w/w czynności*																								

Legenda: W każdym dniu rehabilitacji wymagane są podpisy potwierdzające zrealizowanie poszczególnych czynności (badań, zabiegów, oddziaływań ...) przez osoby odpowiedzialne za ich wykonanie

\* W przypadku braku podpisu pacjenta potwierdzającego realizację w/w czynności w danym dniu rehabilitacji, traktuje się ten dzień jako dzień nieobecności pacjenta, mimo widniejących podpisów osób odpowiedzialnych za wykonanie poszczególnych czynności.

Liczba dni obecności pacjenta w ośrodku .....

....., dnia .....

.....  
podpis i pieczęć lekarza  
prowadzącego leczenie

.....  
podpis i pieczęć ordynatora  
ośrodka rehabilitacyjnego

<b>Informacja zawierająca ogólne wymagania stawiane przez ZUS – rehabilitacja lecznicza w systemie stacjonarnym</b>	
1.	jeżeli odległość ośrodka rehabilitacyjnego od przystanku komunikacyjnego jest większa niż 500 metrów, ośrodek musi zapewnić transport na tym odcinku w dniu przyjazdu i wyjazdu osoby skierowanej na turnus rehabilitacyjny
2.	rehabilitacja powinna odbywać się przez 6 dni w tygodniu, od poniedziałku do piątku w dwóch cyklach zabiegowych – przed południem i po południu, a w soboty w jednym cyklu zabiegowym – przed południem
3.	lekarz prowadzący leczenie decyduje o zabiegach leczniczych
4.	ośrodek zapewnia codzienny dostęp do co najmniej jednego z lekarzy prowadzących leczenie – nie dotyczy sobót i dni ustawowo wolnych od pracy
5.	osoba skierowana powinna mieć zapewnioną całodobową, stacjonarną opiekę lekarską i pielęgniarską
6.	zabiegi nie mogą rozpoczynać się wcześniej niż o 8 <sup>30</sup>
7.	ośrodek zapewnia zakwaterowanie od pierwszego do ostatniego dnia turnusu
8.	ośrodek decyduje o kwaterowaniu w poszczególnych pokojach
9.	ośrodek zapewnia całodzienne wyżywienia od pierwszego dnia turnusu (od śniadania) do ostatniego dnia turnusu (do kolacji), ośrodek nie udostępnia suchego prowiantu
10.	ośrodek zapewnia prześcieradła do zabiegów fizykalnych
11.	ośrodek udostępnia ręczniki kąpielowe, które powinny być wymieniane, co najmniej raz na tydzień oraz bieliznę pościelową, która powinna być zmieniana co najmniej raz w trakcie turnusu
12.	ośrodek zapewnia osobom skierowanym możliwość przygotowania we własnym zakresie ciepłych napojów
13.	ZUS ponosi całkowity koszt rehabilitacji leczniczej osób skierowanych, łącznie z kosztami zakwaterowania, wyżywienia oraz przejazdu z miejsca zamieszkania do ośrodka rehabilitacyjnego i z powrotem (najtańszym środkiem komunikacji publicznej, z uwzględnieniem przysługującej ulgi na przejazd danym środkiem transportu)
14.	doba pobytu osoby skierowanej w Ośrodku, w tym zakwaterowanie, rozpoczyna się o godz. 00.01, a kończy się o godz. 24.00.
15.	Każda osoba skierowana, która ma zastrzeżenia do udzielanych świadczeń zdrowotnych albo chce zasięgnąć informacji o przysługujących jej prawach pacjenta, może zwrócić się do Rzecznika Praw Pacjenta: a) telefonicznie pod nr telefonu: <b>800 190 590</b> (połączenie bezpłatne); b) mailowo na adres: <a href="mailto:kancelaria@rpp.gov.pl">kancelaria@rpp.gov.pl</a> ; c) listownie na adres: <b>Biuro Rzecznika Praw Pacjenta</b> <b>ul. Młynarska 46, 01-171 Warszawa.</b>

## Klauzula informacyjna

- I. Zgodnie z art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, Zakład informuje, że administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) - Centrala: ul. Szamocka 3, 5, 01-748 Warszawa.
- II. Pani/ Pana dane osobowe jako osoby realizującej program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS: *imię i nazwisko, sprawowana funkcja, specjalizacje i informacje o posiadanych certyfikatach* zostały nam przekazane przez .....
- III. Pani/Pana dane osobowe jako osoby realizującej program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu spełnienia obowiązku prawnego wynikającego z przepisów rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne z dnia 12 października 2001 r. oraz ustawy z dnia 23 kwietnia 2004 r. Kodeks cywilny, w związku z bieżącą realizacją umowy oraz nałożonymi na administratora obowiązkami związanymi z weryfikacją niezbędnych uprawnień, kwalifikacji i innych okoliczności faktycznych związanych z postępowaniem, którymi muszą wykazać się osoby fizyczne wskazane przez Ośrodek oraz w celu przeprowadzania czynności audytowych i kontrolnych.
- IV. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być osoby lub podmioty, które w ramach sprawowania uprawnień kontrolnych lub nadzoru nad Zakładem zażądamy udostępniania umowy wraz z załącznikami i którym Zakład będzie zobowiązany do udostępnienia zawartej umowy na podstawie przepisów prawa.
- V. Dane osobowe mogą zostać udostępnione kancelariom prawnym, firmom doradczym i dostawcom systemów informatycznych, z którymi współpracuje administrator.
- VI. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat licząc od dnia 1 stycznia roku następnego od daty zakończenia realizacji umowy, co jest związane z czasem w jakim Umowa podlega wykonaniu oraz obowiązkowi jej archiwizacji.
- VII. W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- VIII. Posiada Pani/Pan:
  - 1) na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
  - 2) na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych\*;
  - 3) na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO\*\*;
  - 4) prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
- IX. Nie przysługuje Pani/Panu:
  - 1) w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;



- 2) prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
  - 3) na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.
- X. W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się w następujący sposób:

1) listownie na adres:

Inspektor Ochrony Danych

Zakład Ubezpieczeń Społecznych,

ul. Szamocka 3, 5,

01-748 Warszawa,

2) przez e-mail: [ODO@zus.pl](mailto:ODO@zus.pl).

\* Wyjaśnienie: skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą oraz jej załączników.

\*\* Wyjaśnienie: prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.

## Klauzula informacyjna

- I. Zgodnie z art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, Zakład informuje, że administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) - Centrala: ul. Szamocka 3, 5, 01-748 Warszawa.
- II. Pani/ Pana dane osobowe jako
  - osoby reprezentującej Ośrodek (*imię i nazwisko, stanowisko służbowe, umocowanie do reprezentowania*)
  - osoby będącej członkiem personelu Ośrodka (*imię i nazwisko, nr telefonu, adres email*)zostały nam przekazane przez .....
- III. Pani/Pana dane osobowe jako osoby reprezentującej Ośrodek są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu spełnienia obowiązku prawnego wynikającego z przepisów regulujących zasady reprezentacji (w szczególności ustawy z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych, ustawy z dnia 23 kwietnia 2004 r. Kodeks cywilny), a także w związku z bieżącą realizacją umowy ..... oraz w celu przeprowadzania czynności audytowych i kontrolnych.
- IV. Pani/Pana dane osobowe jako osoby będącej członkiem personelu Ośrodka są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu spełnienia obowiązku prawnego wynikającego z przepisów rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne z dnia 12 października 2001 r. oraz ustawy z dnia 23 kwietnia 2004 r. Kodeks cywilny w związku z bieżącą realizacją umowy oraz nałożonymi na administratora obowiązkami związanymi z weryfikacją niezbędnych uprawnień, kwalifikacji i innych okoliczności faktycznych związanych z postępowaniem, którymi muszą wykazać się osoby fizyczne wskazane przez Ośrodek oraz w celu przeprowadzania czynności audytowych i kontrolnych.
- V. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być osoby lub podmioty, które w ramach sprawowania uprawnień kontrolnych lub nadzoru nad Zakładem zażądadą udostępnienia umowy wraz z załącznikami i którym Zakład będzie zobowiązany do udostępnienia zawartej umowy na podstawie przepisów prawa.
- VI. Dane osobowe mogą zostać udostępnione kancelariom prawnym, firmom doradczym i dostawcom systemów informatycznych, z którymi współpracuje administrator.
- VII. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, przez okres 10 lat licząc od dnia 1 stycznia roku następnego od daty zakończenia realizacji umowy, co jest związane z czasem w jakim umowa podlega wykonaniu oraz obowiązkowi jej archiwizacji.
- VIII. W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- IX. Posiada Pani/Pan:

- 1) na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
- 2) na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych\*;
- 3) na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO\*\*;
- 4) prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;

X. Nie przysługuje Pani/Panu:

- 1) w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
- 2) prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
- 3) na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

XI. W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się w następujący sposób:

1) listownie na adres:

Inspektor Ochrony Danych

Zakład Ubezpieczeń Społecznych,

ul. Szamocka 3, 5,

01-748 Warszawa,

2) przez e-mail: [ODO@zus.pl](mailto:ODO@zus.pl).

\* Wyjaśnienie: skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą oraz jej załączników.

\*\* Wyjaśnienie: prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.

.....  
Pieczęć Oferenta

.....  
(miejscowość, data)

## O Ś W I A D C Z E N I E

o spełnieniu wymagań wynikających z ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami

Niniejszym oświadczam, że ..... (pełna nazwa Oferenta) zapewni osobom ze szczególnymi potrzebami, skierowanym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej:

1. **minimalne wymagania służące dostępności, określone w art. 6** ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240)\*, tj.:

1) w zakresie dostępności architektonicznej:

- a) zapewnienie wolnych od barier poziomych i pionowych przestrzeni komunikacyjnych budynków;
- b) instalację urządzeń lub zastosowanie środków technicznych i rozwiązań architektonicznych w budynku, które umożliwiają dostęp do wszystkich pomieszczeń, z wyłączeniem pomieszczeń technicznych;
- c) zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy;
- d) zapewnienie wstępu do budynku osobie korzystającej z psa asystującego, o którym mowa w art. 2 pkt 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2023 r. 100.173, 240);
- e) zapewnienie osobom ze szczególnymi potrzebami możliwości ewakuacji lub ich uratowania w inny sposób;

2) w zakresie dostępności cyfrowej – wymagania określone w ustawie z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych;

- 3) w zakresie dostępności informacyjno-komunikacyjnej:
- a) obsługę z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się, o których mowa w art. 3 pkt 5 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2023 r. poz. 20), lub przez wykorzystanie zdalnego dostępu online do usługi tłumacza przez strony internetowe i aplikacje,
  - b) instalację urządzeń lub innych środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących, w szczególności pętli indukcyjnych, systemów FM lub urządzeń opartych o inne technologie, których celem jest wspomaganie słyszenia,
  - c) zapewnienie na stronie internetowej informacji o zakresie działalności – w postaci elektronicznego pliku zawierającego tekst odczytywalny maszynowo, nagrania treści w polskim języku migowym oraz informacji w tekście łatwym do czytania,
  - d) zapewnienie komunikacji, na wniosek osoby ze szczególnymi potrzebami, w formie określonej w tym wniosku;
2. **dostęp alternatywny, określony w art. 7** ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240)\* – w przypadku, gdy Ośrodek nie jest w stanie, w szczególności ze względów technicznych lub prawnych, zapewnić dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, tj.:
- 1) zapewnienie osobie ze szczególnymi potrzebami wsparcia innej osoby;
  - 2) zapewnienie wsparcia technicznego osobie ze szczególnymi potrzebami, w tym z wykorzystaniem nowoczesnych technologii;
  - 3) wprowadzenie takiej organizacji Ośrodka, która umożliwi realizację potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami, w niezbędnych dla tych osób zakresie.

.....  
(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentacji Oferenta)

\* - niepotrzebne skreślić

.....  
(pieczęć Ośrodka)

.....  
(nr umowy)

### Harmonogram turnusów na rok ....\*

w schorzeniach \*\*: NR  NR.A  UK  UK.A  UKT.A  UO  PS  NGL   
OGP  NRW  OUN

Nazwa i adres obiektu:  
.....

Turnus***	Data początkowa turnusu	Data końcowa turnusu	Liczba miejsc w turnusie	Uwagi/dodatkové miejsca
I				
II				
III				
IV				
V				
VI				
VII				
VIII				
IX				
X				
XI				
XII				
XIII				
XIV				

.....  
(data, podpis i pieczęć osoby upoważnionej)

.....  
sprawdził (data, podpis)\*\*\*\*

.....  
zaakceptował (data, podpis)\*\*\*\*

\* ośrodek wypełnia na każdy rok obowiązywania umowy

\*\* zaznacz właściwe schorzenie: NR –narząd ruchu, NR.A – narząd ruchu w systemie ambulatoryjnym, NRW – narząd ruchu powypadkowy, UK – układ krążenia, UKT.A – układ krążenia, w tym monitorowany telemedycznie, UO – układ oddechowy, PS –psychosomatyczne, NGL –narządu głosu, OGP – onkologiczne po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego, OUN – ośrodkowy układ nerwowy

\*\*\* liczba turnusów w roku określona jest w umowie

\*\*\*\*

wypełnia

DPR

.....  
Nazwa Ośrodka

**Rozliczenie do faktury nr ..... za turnus od ..... do .....**

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL	Okres pobytu		Liczba dni pobytu (5-4)	Okres nieobecności		Liczba dni nieobecności (8-7)	Liczba osobodni (6-9)	Koszt rehabilitacji (10*stawka za osobodzień)
			data przyjęcia	data wypisu		od dnia	do dnia			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
								Razem		

.....  
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej

.....

Nazwa Ośrodka

**Rozliczenie do noty nr ..... za zwrot kosztów przejazdu w turnusie od ..... do .....**

<b>Lp.</b>	<b>Nazwisko i imię</b>	<b>PESEL</b>	<b>Miejsce zamieszkania</b> (zgodnie z Zawiadomieniem o skierowaniu na rehabilitację)*	<b>Podstawa zwrotu:</b> <b>bilet/oświadczenie z miejsca zamieszkania do ośrodka</b> (zgodnie z kol. 4)	<b>Kwota zwrotu za przejazd</b> (zgodnie z kol. 5)	<b>Podpis osoby skierowanej</b>
1	2	3	4	5	6	7
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
				<b>Razem</b>		

\* - zmiana adresu wyłącznie po uzgodnieniu z Zakładem

.....

Podpis i pieczęć osoby upoważnionej



.....  
Nazwa Ośrodka

**Rozliczenie do noty nr ..... za zwrot kosztów poniesionych opłaty uzdrowskiej w turnusie od ..... do .....**

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL	Okres pobytu		Liczba dni pobytu (5-4)	Okres nieobecności		Liczba dni nieobecności (8-7)	Liczba osobodni (6-9)	Stawka opłaty uzdrowskiej	Koszt opłaty uzdrowskiej
			data przyjęcia	data wypisu		od dnia	do dnia				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
									Razem	Razem	

.....  
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej

.....  
Pieczęć Ośrodka

Załącznik nr 18  
do umowy nr .....  
zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

**Nazwisko i imię** .....

**PESEL** .....

**Zawód** .....

**Nr ks. gł.** .....

**Data badania** .....

### KWESTIONARIUSZ OCENIAJĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ GŁOSOWĄ (VHI)

0 = NIGDY, 1 = PRAWIE NIGDY, 2 = CZASAMI, 3 = PRAWIE ZAWSZE, 4 = ZAWSZE

CZĘŚĆ I. SAMOOCENA STANU FUNKCJONALNEGO						
1	Ludzie mają kłopoty ze zrozumieniem mnie w pomieszczeniu, w którym panuje hałas	0	1	2	3	4
2	Niekiedy rodzina w domu ma kłopoty ze zrozumieniem tego, co do nich mówię	0	1	2	3	4
3	Używam rzadziej telefonu, ponieważ ludzie nie rozumieją tego, co do nich mówię	0	1	2	3	4
4	Unikam zabierania głosu w miejscach publicznych	0	1	2	3	4
5	Ludzie w bezpośredniej rozmowie proszą mnie o powtórzenie wypowiedzi	0	1	2	3	4
6	Unikam kontaktu z przyjaciółmi, sąsiadami, krewnymi z powodu mojego głosu	0	1	2	3	4
7	Mój głos jest słaby, z trudem słyszany przez innych	0	1	2	3	4
8	Moje kłopoty głosowe ograniczają moje życie osobiste i społeczne	0	1	2	3	4
9	Czuję się odsunięty od konwersacji z powodu mojego głosu	0	1	2	3	4
10	Moje problemy głosowe powodują, że mniej zarabiam	0	1	2	3	4
CZĘŚĆ II. SAMOOCENA STANU EMOCJONALNEGO						
11	Ludzie są zirytowani moim głosem	0	1	2	3	4
12	Mam wrażenie, że ludzie nie rozumieją moich dolegliwości związanych z głosem	0	1	2	3	4
13	Moje kłopoty z głosem denerwują mnie	0	1	2	3	4

14	Ograniczyłam(em) kontakty towarzyskie stając się odludkiem z powodu zaburzeń głosu	0	1	2	3	4
15	Z powodu mojego głosu czuję się niepełnosprawny	0	1	2	3	4
16	Jestem zły, kiedy ludzie każą mi powtarzać	0	1	2	3	4
17	Czuję się zakłopotany, kiedy ludzie nie rozumieją tego, co do nich mówię	0	1	2	3	4
18	Z powodu kłopotów z głosem czuję się mniej kompetentny zawodowo	0	1	2	3	4
19	Wstydzę się swoich kłopotów związanych z głosem	0	1	2	3	4
20	Kiedy rozmawiam z innymi, odczuwam wewnętrzne napięcie z powodu mojego głosu	0	1	2	3	4
<b>CZĘŚĆ III. SAMOOCENA STANU FIZYCZNEGO</b>						
21	Brakuje mi powietrza przy mówieniu	0	1	2	3	4
22	Ludzie często pytają, co się stało z moim głosem	0	1	2	3	4
23	Nie mogę przewidzieć nagle występujących zmian w czystości wyrazistości mojego głosu	0	1	2	3	4
24	Staram się tak zmieniać głos, aby brzmiał on w moim odczuciu lepiej	0	1	2	3	4
25	Mówienie jest dla mnie dużym wysiłkiem	0	1	2	3	4
26	Mój głos pogarsza się wieczorem	0	1	2	3	4
27	Mój głos jest skrzeczący i suchy	0	1	2	3	4
28	Wydaje mi się, że tworzę głos z wysiłkiem	0	1	2	3	4
29	Brzmienie mojego głosu jest zmienne w ciągu dnia	0	1	2	3	4
30	Mój głos słabnie w trakcie mówienia	0	1	2	3	4
<b>Suma punktów</b>						