

do uchwały Zarządu Fundacji Pomocy  
Rodzinom Funkcjonariuszy i Pracowników  
UOP i ABW, nr 2/2010, z dnia 7 października  
2010 r.

**PROGRAM POMOCY DZIECIOM  
funkcjonariuszy i pracowników UOP i ABW  
w zakresie leczenia i rehabilitacji**

***“Jesteśmy po to, aby w imię solidarności pomagać koleżankom  
i kolegom ratować zdrowie i życie naszych dzieci.”***

***Zarząd Fundacji***

*Fundacja Pomocy Rodzinom Funkcjonariuszy i Pracowników UOP i ABW powstała z potrzeby uzupełnienia wsparcia, jakiego udzielali i udzielają funkcjonariusze wcześniej UOP a teraz ABW swoim koleżankom i kolegom, w szczególności jeżeli chodzi o leczenie i rehabilitację dzieci. W naszym niewielkim i z konieczności - związanej z wymaganiami służby, hermetycznym środowisku istniały i istnieją silne więzy solidarności ludzkiej. Działanie Fundacji pozwoli na ich efektywniejsze wykorzystanie. W pierwszej kolejności kierujemy swoją pomoc do chorych dzieci poprzez ich rodziców lub opiekunów.*

*Problemy zdrowotne dziecka to dla wielu polskich rodzin dramat nie tylko w wymiarze emocjonalnym, ale i materialnym. Specjalistyczne leczenie, nowoczesne środki farmaceutyczne lub protetyczne czy skomplikowane zabiegi operacyjne wiążą się z kosztami, które często przekraczają finansowe możliwości rodziny. Państwowa służba zdrowia z wielu powodów nie jest w stanie otoczyć właściwą opieką wszystkich potrzebujących. Fundacja chce wspierać ratowanie zdrowia i życia dzieci, które bez jej pomocy miałyby mniejsze szanse na wyzdrowienie.*

*Fundacja poprzez różne działania, w tym takie jak niniejszy program, tworzy system szybkiej i skutecznej reakcji na prośby o pomoc. Informacje otrzymywane od rodziców będą weryfikowane, a następnie rozpatrywane według ustalonych przez Zarząd jednolitych kryteriów. Środki przeznaczane będą na sfinansowanie niezbędnych zabiegów leczniczych, operacji, terapii czy na rehabilitację.*

***Jeżeli Twojemu dziecku potrzebne są leki, rehabilitacja, sprzęt medyczny lub rehabilitacyjny to na adres Fundacji przyślij lub dostarcz osobiście odpowiedni komplet dokumentów.***

# **ZAŁOŻENIA PROGRAMOWE**

## **I. Grupa docelowa**

Program skierowany jest do dzieci pracowników i funkcjonariuszy wskazanych w § 7 statutu Fundacji Pomocy Rodzinom Funkcjonariuszy i Pracowników UOP i ABW, zwanej w dalszej części programu „Fundacją”, które wymagają wsparcia w procesie leczenia lub rehabilitacji.

## **II. Zakres pomocy**

Program zawiera grupy zakresu pomocy, a także dokumenty, jakie winny być złożone przez rodziców dzieci, oraz zasady konsultowania i podejmowania decyzji o przyznaniu pomocy. Pozwoli to na podjęcie decyzji o udzieleniu wsparcia finansowego lub rzeczowego osobom najbardziej potrzebującym, w miarę posiadanych przez Fundację środków. Możliwe jest także wsparcie organizacyjne, w tym udostępnienie subkonta, w celu zbierania pieniędzy dla wskazanych dzieci.

Fundacja w ramach swojej działalności i możliwości zamierza finansować:

1. indywidualny sprzęt medyczny;
2. leki, maści lub opatrunki;
3. sprzęt ortopedyczny, protezy;
4. sprzęt rehabilitacyjny, aparaty słuchowe;
5. specjalistyczną rehabilitację,
6. turnusy rehabilitacyjne;
7. w wyjątkowych przypadkach koszty leczenia, w tym: badania diagnostyczne i specjalistyczne, zabiegi operacyjne w klinikach prywatnych lub za granicą.

## **III. Zakres czasowy programu**

Program został wprowadzony uchwałą Zarządu Fundacji nr 2, dnia 7 października 2010 r. i jest programem wieloletnim.

## IV. Zasady przyznawania pomocy

Program będzie realizowany przez Zarząd Fundacji, przy udziale konsultantów medycznych, w oparciu o Regulamin pracy Zarządu – stanowiący załącznik nr 1 do Uchwały Rady Fundacji Pomocy Rodzinom Funkcjonariuszy i Pracowników UOP i ABW, nr 5, z dnia 7 października 2010 r.

Decyzje Zarządu o przyznaniu pomocy będą podawane do wiadomości aplikujących o pomoc rodziców dzieci, a także są do wglądu dla członków Rady Fundacji.

Lista konsultantów medycznych będzie ogólnodostępna i aktualizowana.

Fundacja zamierza pomagać w leczeniu i rehabilitacji dzieci. Pomoc nie będzie ograniczona do wybranych rodzajów schorzeń. Będziemy wspierać zarówno dzieci przewlekle chore, obciążone genetycznie, jak też leczenie przypadków nagłych i niespodziewanych zachorowań. Wśród pacjentów, do których Fundacja kieruje swoją pomoc, są także ofiary wypadków drogowych i wypadków w środowisku dziecka, czyli w szkołach i w gospodarstwach domowych (wypadki komunikacyjne, rolnicze, chemiczne, porażenia prądem, oparzenia itp.).

Przykładowe problemy zdrowotne, z którymi można zwracać się o pomoc przedstawiają się następująco:

1. choroby dermatologiczne,
2. choroby nerek,
3. choroby nowotworowe,
4. choroby reumatyczne,
5. cukrzyca,
6. dystrofia mięśniowa,
7. łamliwość kości,
8. mózgowo porażenie dziecięce,
9. mukowiscydoza,
10. padaczki,
11. przepukliny oponowo-rdzeniowe,
12. rozszczepy kręgosłupa,
13. skoliozy kręgosłupa,
14. stwardnienie rozsiane,
15. uszkodzenia okołoporodowe,
16. wady serca,
17. wady słuchu,
18. wirusowe zapalenie wątroby,
19. zespół Downa.

## V. Wymagane dokumenty dla poszczególnych rodzajów zakresu pomocy

### A. Dla wszystkich rodzajów pomocy:

- wniosek z prośbą o pomoc – wg załączonego wzoru;
- oświadczenie rodziców o sytuacji materialno-bytowej rodziny dziecka – wg załączonego wzoru.

### B. Dodatkowo dla poszczególnych rodzajów pomocy:

#### 1. Indywidualny sprzęt medyczny:

- zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka z informacją, że wskazany jest zakup sprzętu medycznego;
- wstępny kosztorys na zakup sprzętu medycznego;
- pisma; z Narodowego Funduszu Zdrowia i z właściwego (Powiatowego, Miejskiego lub Gminnego) Centrum Pomocy Rodzinie, z informacją, czy wyżej wymienione instytucje dofinansują zakup potrzebnego sprzętu i w jakim zakresie.

#### 2. Leki, maści lub opatrunki:

- zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka z informacją o miesięcznych kosztach, jakie jest zobowiązany pokryć rodzic dziecka w związku z zakupem leków oraz informacja jakie to leki, oraz, jakie są zasady ich refundowania ze środków publicznych.

#### 3. Sprzęt ortopedyczny, protezy:

- zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka z informacją, że wskazany jest zakup sprzętu ortopedycznego lub protezy;
- wstępny kosztorys na wyżej wymieniony sprzęt;
- pisma; z Narodowego Funduszu Zdrowia i z właściwego (Powiatowego, Miejskiego lub Gminnego) Centrum Pomocy Rodzinie, z informacją, czy wyżej wymienione instytucje dofinansują zakup potrzebnego sprzętu oraz w jakim terminie i zakresie.

#### 4. Sprzęt rehabilitacyjny, aparaty słuchowe:

- zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka z informacją, że wskazany jest zakup sprzętu rehabilitacyjnego lub aparatu słuchowego;
- wstępny kosztorys na wyżej wymieniony sprzęt;
- pisma; z Narodowego Funduszu Zdrowia i z właściwego (Powiatowego, Miejskiego lub Gminnego) Centrum Pomocy Rodzinie, z informacją, czy wyżej

wymienione instytucje dofinansują zakup potrzebnego sprzętu oraz w jakim terminie i zakresie.

5. Specjalistyczna rehabilitacja:

- zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka kwalifikujące je na specjalistyczną rehabilitację z informacją, z jaką częstotliwością jest ona wskazana;
- pisma; z Narodowego Funduszu Zdrowia, i z właściwego (Powiatowego, Miejskiego lub Gminnego) Centrum Pomocy Rodzinie, z informacją, czy wyżej wymienione instytucje dofinansują rehabilitację oraz w jakim terminie i zakresie.

6. Turnusy rehabilitacyjny:

- zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka kwalifikujące je na turnus rehabilitacyjny;
- informacja o terminach i kosztach (wliczając możliwość pokrycia kosztów wyjazdu opiekuna) turnusu rehabilitacyjnego na który dziecko mogło by pojechać;
- pismo z właściwego (Powiatowego, Miejskiego lub Gminnego) Centrum Pomocy Rodzinie z informacją o wysokości dofinansowania przyznanego dziecku do wyżej wymienionego turnusu.

7. Koszty leczenia:

- zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka z informacją, określającą jakie zabiegi diagnostyczne lub lecznicze są niezbędne;
- wstępny kosztorys na wyżej wymienione działania ze wskazaniem proponowanych ośrodków;
- pismo z Narodowego Funduszu Zdrowia określające jakie z niezbędnych zabiegów diagnostycznych lub leczniczych są realizowane i refundowane w zakładach leczniczych publicznej służbie zdrowia, a także z informacją, czy wyżej wymieniona instytucja dofinansuje niezbędne zabiegi diagnostyczne lub lecznicze oraz w jakim terminie i zakresie;
- pismo z właściwego (Powiatowego, Miejskiego lub Gminnego) Centrum Pomocy Rodzinie z informacją, czy po spełnieniu przez rodziców dziecka warunków niezbędnych do otrzymania dofinansowania istnieje możliwość pozytywnego rozpatrzenia wniosku i w jakiej kwocie.

## **VI. Zasady weryfikacji i kontroli przyznawanej pomocy**

W trakcie gromadzenia dokumentów, konsultowania z lekarzami, podejmowania decyzji, a także w trakcie realizacji pomocy oraz po jej zakończeniu, Zarząd w oparciu o Regulamin pracy Zarządu może zwracać się do rodziców wnioskujących o pomoc dla dziecka o uzupełnienia dokumentacji niezbędnej do podjęcia decyzji, a także dodatkowe wyjaśnienia i dokumenty. W szczególności może dotyczyć to sytuacji materialnej, korzystania z pomocy innych instytucji i podmiotów, w szczególności organizacji pozarządowych. Przyznana pomoc podlega kontroli Zarządu w zakresie jej wykorzystania zgodnym z decyzją przyznającą.

*Zarząd Fundacji*

*Pomocy Rodzinom Funkcjonariuszy i Pracowników UOP i ABW*

# WZÓR

.....  
miejsowość i data

.....  
imię i nazwisko wnioskodawcy

.....  
adres do korespondencji

.....  
nr telefonu do kontaktu

.....  
miejsce pracy (jednostka organizacyjna)

**Zarząd Fundacji  
Pomocy Rodzinom Funkcjonariuszy  
i Pracowników UOP i ABW**

## WNIOSEK

### z prośbą o pomoc w ramach „Programu pomocy dzieciom”

1. Proszę o udzielenie pomocy finansowej ze środków Fundacji Pomocy Rodzinom Funkcjonariuszy i Pracowników ABW i UOP w kwocie ..... zł (słownie: ..... zł) na sfinansowanie/dofinansowanie\* kosztów:
  - leczenia,
  - leków, maści lub opatrunków,
  - specjalistycznej rehabilitacji, turnusu rehabilitacyjnego,
  - sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego, protez, aparatu słuchowego,
  - indywidualnego sprzętu medycznego,
  - inne: .....

\* - właściwe podkreślić

2. Uzasadnienie wniosku (w tym dane dziecka, dla którego skierowana jest pomoc):

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

3. Wykaz załączonych dokumentów:

- Oświadczenie o sytuacji materialno-bytowej rodziny dziecka,
- .....
- .....

Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację Pomocy Rodzinom Funkcjonariuszy i Pracowników UOP i ABW, z siedzibą w Warszawie przy ul. Samochodowej 5 A, dla potrzeb niezbędnych do udzielenia pomocy – zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182). Podanie danych jest dobrowolne. Przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych oraz do ich poprawienia.

.....  
podpis wnioskodawcy

## Oświadczenie o sytuacji materialno-bytowej rodziny dziecka

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy: .....

2. Adres zamieszkania: .....

(należy podać powierzchnię mieszkania  
oraz rodzaj posiadanego prawa własności)

.....

3. Liczba osób w gospodarstwie domowym: .....

4. Aktualny miesięczny dochód brutto w rodzinie z tytułu:

(Proszę wypełnić tylko właściwe pozycje – w pozostałych wpisać „Nie dotyczy”)

– wynagrodzenie za pracę: .....

(należy podać imię i nazwisko  
oraz miejsce pracy i stopień pokrewieństwa)

.....

– emerytura/renta: .....

(należy podać imię i nazwisko  
oraz stopień pokrewieństwa)

.....

– zasiłek dla bezrobotnych: .....

(należy podać imię i nazwisko  
oraz stopień pokrewieństwa)

.....

– zasiłek z opieki społecznej: .....

(należy podać imię i nazwisko  
oraz stopień pokrewieństwa)

.....

– przychody z dzierżawy/wynajmu: .....

(należy wskazać źródło przychodu)

.....

– inne przychody: .....

(należy wskazać źródło przychodu,  
np. zapomogi, lub pomoc od innej fundacji)

.....



5. Aktualne miesięczne wydatki stałe w gospodarstwie domowym:

(Utrzymanie mieszkania, kredyty, pożyczki, leczenie, rehabilitacja itp.)

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

6. Numer rachunku bankowego, na który ma być przekazana pomoc finansowa oraz dane osoby – posiadacza rachunku:

.....  
.....

Niniejsze oświadczenie składam pod rygorem odpowiedzialności z art. 233 kodeksu karnego za podanie danych niezgodnych z rzeczywistością.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację Pomocy Rodzinom Funkcjonariuszy i Pracowników UOP i ABW, z siedzibą w Warszawie przy ul. Samochodowej 5 A, dla potrzeb niezbędnych do udzielenia pomocy – zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182). Podanie danych jest dobrowolne. Przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych oraz do ich poprawienia.

.....  
podpis wnioskodawcy