

**UCHWAŁA NR 533/XLII/18
RADY MIASTA ŻORY**

z dnia 19 kwietnia 2018 r.

w sprawie ustanowienia świadczenia rewalidacyjnego dla dzieci do 36 miesiąca życia z orzeczeniem o niepełnosprawności oraz określenia zasad jego przyznawania i wysokości

Na podstawie: art. 7 ust. 1 pkt 5, 6 i 6a, art. 18 ust. 1 oraz art. 40 o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 1875 ze zm.) oraz art. 22 b ust. 1 i 2 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 1952 ze zm.) oraz przeprowadzeniu konsultacji z organizacjami pozarządowymi oraz podmiotami wymienionymi w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie

**RADA MIASTA
u c h w a ł a :**

§ 1. Ustanowić świadczenie rewalidacyjne dla dzieci do 36 miesiąca życia z orzeczeniem o niepełnosprawności jako świadczenie na rzecz rodziny mające na celu wspieranie rodzin, zamieszkałych na pobyt stały w Żorach wraz z dzieckiem legitymującym się orzeczeniem o niepełnosprawności, w wieku do 36 miesiąca życia, u którego rozpoznano ciężką niepełnosprawność intelektualną albo ciężką nieuleczalną chorobę, zagrażającą życiu, powstałe w prenatalnym okresie rozwoju, podczas porodu lub zdiagnozowane do ukończenia 3 roku życia, potwierdzone przez lekarza posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii.

§ 2. Określić zasady przyznawania świadczenia rewalidacyjnego dla dzieci do 36 miesiąca życia z orzeczeniem o niepełnosprawności i jego wysokości zgodnie z załącznikiem do niniejszej uchwały.

§ 3. Wykonanie uchwały powierzyć Dyrektorowi Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Żorach.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego.

Przewodniczący Rady Miasta


mgr Piotr Kosztyla

Załącznik do Uchwały Nr 533/XLII/18
Rady Miasta Żory
z dnia 19 kwietnia 2018 r.

Określenie zasad przyznawania świadczenia rewalidacyjnego dla dzieci do 36 miesiąca życia z orzeczeniem o niepełnosprawności i jego wysokości:

§ 1. Określić wysokość świadczenia rewalidacyjnego dla dzieci do 36 miesiąca życia z orzeczeniem o niepełnosprawności zwanego dalej świadczeniem, na każde dziecko na kwotę 500 zł miesięcznie.

§ 2. 1 Świadczenie przyznawane jest na wniosek: rodziców, jednego z rodziców, opiekuna faktycznego dziecka, opiekuna prawnego dziecka zwanego dalej wnioskodawcą.

2. Świadczenie nie przysługuje rodzicom, jeśli dziecko znajduje się pod opieką prawną lub faktyczną innej osoby.

3. W przypadku złożenia wniosków odrębnie przez oboje rodziców dziecka, świadczenie przysługuje temu z rodziców, który sprawuje faktyczną opiekę nad dzieckiem.

§ 3. Świadczenie wypłacane jest jako refundacja wydatków poniesionych na dziecko przez wnioskodawców z przeznaczeniem na:

- 1) zakup sprzętu rehabilitacyjnego,
- 2) płatne specjalistyczne badania i wizyty lekarskie,
- 3) zakup leków,
- 4) zajęcia rehabilitacyjne.

§ 4. 1. Wniosek o przyznanie świadczenia należy złożyć w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej. Wzór wniosku o ustalenie prawa do świadczenia rewalidacyjnego stanowi załącznik nr 1 do niniejszych Zasad.

2. Do wniosku dołącza się:

- 1) kserokopię zaświadczenia lekarskiego,
- 2) kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności dziecka,
- 3) kserokopię dokumentów potwierdzających wydatki, o których mowa w § 3.
- 4) oświadczenie, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do niniejszych Zasad.

§ 5. Ustalenie prawa do świadczenia następuje począwszy od miesiąca, w którym wpłynął kompletny wniosek na okres do ukończenia przez dziecko 36 miesiąca życia.

§ 6. Świadczenie przyznaje Prezydent Miasta Żory w drodze decyzji administracyjnej.

§ 7. 1. Świadczenie wypłaca się miesięcznie.

2. Wypłata świadczenia następuje na podstawie przedłożonych kserokopii dokumentów potwierdzających poniesienie na rzecz dziecka wydatków określonych w § 3 wraz z pismem przewodnim, powołującym się na numer obowiązującej decyzji administracyjnej, o której mowa w § 6.

3. W przypadku poniesienia w danym miesiącu wydatków określonych w § 3 w wysokości wyższej niż 500 zł, dokumenty potwierdzające ich poniesienie w zakresie przekraczającym kwotę 500 zł służyć będą udokumentowaniu poniesienia wydatków uprawniających do otrzymania świadczenia w kolejnych miesiącach, nie dłużej jednak niż do zakończenia okresu, na jaki przyznano świadczenie.

§ 8. Wnioskodawca, który pobral nienależnie świadczenie, jest obowiązany do jego zwrotu. Kwota zwrotu pobranego nienależnie świadczenia rewalidacyjnego będzie ustalona w ostatecznej decyzji administracyjnej na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

§ 9. Prezydent Miasta Żory może bez zgody wnioskodawcy zmienić lub uchylić ostateczną decyzję administracyjną, na mocy której wnioskodawca nabył prawo do świadczenia, jeżeli zaistnieją okoliczności powodujące utratę prawa do tego świadczenia.

PRZEWODNICZĄCY RADY

mgr Piotr Koszyła

Załącznik nr 1 do Zasad – wzór wniosku

Miejski Ośrodek Pomocy
Społecznej w Żorach
ul. Księcia Przemysława 2
44-240 Żory

WNIOSEK O USTALENIE PRAWA DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA REWALIDACYJNEGO

Część I

1. Dane wnioskodawcy wnoszącego o ustalenie prawa do otrzymania świadczenia rewalidacyjnego, zwanego dalej wnioskodawcą.

Imię	Nazwisko
Numer PESEL	Obywatelstwo
Miejsce i adres zamieszkania na pobyt stały	
Numer telefonu	Adres poczty elektronicznej

2. Wnoszę o ustalenie prawa do otrzymania świadczenia rewalidacyjnego dla:

1.	Imię	Nazwisko
Numer PESEL)	Obywatelstwo	Data urodzenia
Miejsce i adres zamieszkania na pobyt stały		
2.	Imię	Nazwisko
Numer PESEL	Obywatelstwo	Data urodzenia
Miejsce i adres zamieszkania na pobyt stały		

3. Wykaz załączników – faktur/rachunków i innych dokumentów potwierdzających wydatki

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

Część II

1. Oświadczam że zapoznałam/lem się z zasadami przyznawania świadczeń rewalidacyjnych dla dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności do 36 miesiąca życia i jego wysokości.

2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku i wszystkich załącznikach do niego oraz innych dokumentach składanych w toku postępowania przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Żorach zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

3. Oświadczam, że powyższe dane zawarte we wniosku są prawdziwe.

4. Proszę o wpłatę świadczenia rewalidacyjnego na następujący nr rachunku bankowego/ w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
(nazwa banku/spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej)

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

- 1) kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności dziecka.
- 2) kserokopię zaświadczenia wystawionego przez lekarza posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii, potwierdzającą ciężką niepełnosprawność intelektualną albo ciężką nieuleczalną chorobę, zagrażającą życiu, powstałe w prenatalnym okresie rozwoju, podczas porodu lub zdiagnozowane do ukończenia 36 miesiąca życia.
- 3) kserokopię dokumentów potwierdzających wydatki.
- 4) oświadczenie, o miejscu stałego pobytu.

Uwaga: comiesięczne przedkładanie faktur/rachunków i innych dokumentów potwierdzających wydatki nie wymaga składania ponownego wniosku o ustalenie prawa do otrzymania świadczenia rewalidacyjnego.

Jestem świadoma/my odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(miejsowość, data i podpis wnioskodawcy)

PRZEWODNICZĄCY RADY

mgr Piotr Koszyła

.....

Żory

(Imię i Nazwisko wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE o miejscu stałego pobytu
osoby wnioskującej o ustalenie prawa do otrzymania świadczenia rewalidacyjnego
dla dzieci do 36 miesiąca życia z orzeczeniem o niepełnosprawności**

Pouczony/a o treści art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r., poz. 657 ze zm.), zgodnie z którym pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania oświadczam, że moim miejscem pobytu stałego oraz miejscem pobytu stałego dziecka/dzieci, na które jest składany wniosek jest:

.....

(adres miejsca pobytu stałego)

Jestem świadoma/my odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

(podpis wnioskodawcy)

PRZEWODNICZĄCY RADY

mgr Piotr Koszyła