



ŚLĄSKI URZĄD WOJEWÓDZKI

KARTA INFORMACYJNA

Wydział: Wydział Rodziny i Polityki Społecznej

Sprawa: Wpis do rejestru ośrodków, w których mogą odbywać się turnusy rehabilitacyjne

Przedmiot sprawy:

Dokonywanie wpisu do prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego rejestru ośrodków, w których mogą odbywać się turnusy rehabilitacyjne.

Podstawa prawna:

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44) – zwana dalej ustawą,
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007 r. Nr 230 poz.1694, z późn. zm.) - zwanego dalej rozporządzeniem.

Warunki uzyskania wpisu do rejestru ośrodków

Wniosek o dokonanie wpisu do rejestru ośrodków, w których mogą odbywać się turnusy rehabilitacyjne może złożyć właściciel lub użytkownik wieczysty nieruchomości, na której zlokalizowany jest ośrodek, albo prowadzący ośrodek.

Ośrodek ubiegający się o wpis do ww. rejestru powinien posiadać:

- bazę noclegową i żywieniową umożliwiającą realizację turnusów dla co najmniej 20-osobowej zorganizowanej grupy osób niepełnosprawnych oraz dla niezbędnych opiekunów i kadry,
- zaplecze do realizacji programów turnusów oraz aktywnych form rehabilitacji, w tym prowadzenia zajęć mających na celu poprawę psychofizycznej sprawności uczestników zajęć wypoczynkowych,
- zaplecze do prowadzenia zabiegów fizjoterapeutycznych (w przypadku turnusów z programem zawierającym takie zabiegi) oraz innych zajęć wynikających z programu turnusu,
- zaplecze do realizacji zajęć kulturalno-oświatowych,
- zaplecze rekreacyjno-wypoczynkowe,
- gabinet lekarski lub zabiegowy wyposażony w umywalkę z bieżącą wodą, leżankę lekarską, wagę lekarską, aparat do mierzenia ciśnienia oraz podstawowy zestaw do udzielania pierwszej pomocy,
- obiekty, pomieszczenia, infrastruktura i otoczenie (teren) ośrodka winny być dostępne dla grup osób niepełnosprawnych, wskazanych we wniosku oraz zapewniać im bezpieczne i samodzielne użytkowanie,

- spełniać określone w rozporządzeniu warunki dostępności dla poszczególnych grup osób niepełnosprawnych,
- uzyskać opinię samorządu województwa,
- uzyskać pozytywną ocenę Wojewody Śląskiego.

Wymagane dokumenty:

- Zgodnie z art. 10d ust. 2 ustawy, ośrodki ubiegające się o uzyskanie wpisu do rejestru ośrodków przyjmujących grupy turnusowe składają wniosek o wpis do rejestru do właściwego terytorialnie samorządu województwa, który po zaopiniowaniu wniosku, w terminie 30 dni od dnia jego wpływu przekazuje wniosek wojewodzie - wzór wniosku o wpis do rejestru ośrodków, w których mogą odbywać się turnusy rehabilitacyjne dla osób niepełnosprawnych korzystających z dofinansowania Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych stanowi Załącznik nr 9 do rozporządzenia (wzór wniosku - w załączeniu).

Aktualne informacje o ośrodkach i organizatorach turnusów rehabilitacyjnych, posiadających wpisy do rejestrów Wojewody dostępne są pod adresem: <https://empatia.mpips.gov.pl>

- Na ww. stronie internetowej znajduje się centralna baza danych o ośrodkach i organizatorach posiadających wpis do odpowiedniego rejestru Wojewody, utworzona z 16 wojewódzkich rejestrów ośrodków i 16 wojewódzkich rejestrów organizatorów turnusów rehabilitacyjnych. Na stronie umożliwiono wyszukiwanie ośrodków i organizatorów według zadanych kryteriów (np. rodzaju turnusu, rodzaju schorzenia lub dysfunkcji, adresu). Wyszukane pozycje można następnie wydrukować wraz z danymi kontaktowymi.

Oplata:

Nie wnosi się.

Miejsce złożenia dokumentów:

Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego, ul. Ligonia 46, 40-037 Katowice.

Termin załatwienia:

Rozpatrzenie wniosku (kompletnego) przez Wojewodę Śląskiego następuje w terminie 30 dni od dnia jego wpływu.

Sposób załatwienia sprawy:

- Zawiadomienie o wpisie do rejestru ośrodków wydawane na okres 3 lat
- Zawiadomienie o odmowie wpisu do rejestru ośrodków
- pozostawienie sprawy bez rozpatrzenia

Komórka odpowiedzialna za załatwienie sprawy:

Po zaopiniowaniu przez samorząd województwa wniosku o wpis do rejestru ośrodków, w których mogą odbywać się turnusy rehabilitacyjne i przekazaniu go do Wojewody Śląskiego, sprawę załatwia Wydział Rodziny i Polityki Społecznej, Wieloosobowe stanowisko pracy do spraw nadzoru nad rehabilitacją i zatrudnianiem osób niepełnosprawnych

tel.: (32) 605 85 76, (32) 605 85 77.

Tryb odwoławczy:

Przepisy nie przewidują trybu odwoławczego.

WNIOSEK

o wpis do rejestru ośrodków, w których mogą odbywać się turnusy rehabilitacyjne dla osób niepełnosprawnych korzystających z dofinansowania Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

- pierwszy wniosek o dokonanie wpisu
 wniosek o dokonanie zmian we wpisie
 kolejny wniosek o dokonanie wpisu do rejestru

| | |
|------------------------------------|-----------|
| Wniosek złożono w: | |
| w dniu: | Nr sprawy |
| Wniosek kompletny przyjęto w dniu: | |

Część A - wypełnia wnioskodawca

I. Dane podstawowe

| | | | |
|--|--------------|--------|-------------|
| 1. Pełna nazwa ośrodka: | | | |
| Ostatni numer wpisu do rejestru ośrodków: OD/ / / | | | |
| 2. Adres | | | |
| Ulica | Nr | Kod | Miejscowość |
| Poczta | Gmina | Powiat | Województwo |
| 3. Telefon: | | | |
| kierunkowy | nr (1) | nr (2) | |
| faks | adres e-mail | | |
| 4. Pełna nazwa lub imię i nazwisko właściciela lub użytkownika wieczystego nieruchomości, w której zlokalizowany jest ośrodek, albo prowadzącego ośrodek | | | |
| 5. Adres | | | |
| Ulica | Nr | Kod | Miejscowość |
| Poczta | Gmina | Powiat | Województwo |
| 6. Telefon: | | | |
| kierunkowy | nr (1) | nr (2) | |
| faks | adres e-mail | | |
| 7. Rodzaj ośrodka (właściwie zaznaczyć)*: | | | |
| <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M | | | |
| * Objaśnienia do symboli: A - ośrodek rehabilitacyjno-wypoczynkowy, B - sanatorium - zaktad uzdrowiskowy, C - ośrodek wczasowy, D - ośrodek szkoleniowo-wypoczynkowy, E - zakład opieki zdrowotnej, F - ośrodek kolonijny, G - ośrodek szkolno-wychowawczy, H - szkoła - przedszkole, I - dom pomocy społecznej, J - hotel, K - pensjonat, L - kwatery agroturystyczna, M - inny (jaki?) | | | |
| 8. Okres świadczenia usług (właściwie zaznaczyć lub zaznaczyć i wypełnić): | | | |
| <input type="checkbox"/> sezonowy <input type="checkbox"/> w okresie od <input style="width: 50px;" type="text"/> do <input style="width: 50px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> całoroczny | | | |
| 9. Od kiedy ośrodek przyjmuje/zamierza przyjmować (właściwie podkreślić) zorganizowane grupy osób niepełnosprawnych na turnusy rehabilitacyjne <input style="width: 80px;" type="text"/> | | | |

II. Dane dotyczące rodzajów turnusów rehabilitacyjnych, które mogą być organizowane w ośrodku, oraz grupy osób niepełnosprawnych, które ośrodek zamierza przyjmować

Rodzaj turnusu*

- Usprawniająco-rekreacyjny
- Rekreacyjno-sportowy i sportowy *(określić dziedzinę/dyscyplinę)*
- Szkoleniowy *(określić rodzaj szkolenia)*
- Psychoterapeutyczny
- Rozwijający zainteresowania i uzdolnienia *(określić jakie?)*
- Nauki niezależnego funkcjonowania z niepełnosprawnością

Grupy osób według dysfunkcji lub schorzenia** *(właściwie zaznaczyć)*

- A B C D E F G H
- I

* Właściwie zaznaczyć.

** objaśnienia do symboli: A - z dysfunkcją narządu ruchu, z wyłączeniem osób poruszających się na wózkach inwalidzkich; B - z dysfunkcją narządu ruchu poruszających się na wózkach inwalidzkich; C - z dysfunkcją narządu słuchu; D - z dysfunkcją narządu wzroku; E - z upośledzeniem umysłowym; F - z chorobą psychiczną; G - z padaczką; H - ze schorzeniami układu krążenia; I - z innymi niż wymienione dysfunkcjami lub schorzeniami *(określić jakimi?)*

III. Krótka charakterystyka ośrodka i jego otoczenia

(określić lokalizację, dojazd, walory klimatyczne i turystyczne, zagospodarowanie terenu)

IV. Zaplecze do realizacji aktywnych form rehabilitacji

- 1.
-
- Gabinet kinezyterapii
-
- Sala do rehabilitacji ruchowej

Liczba pomieszczeń Powierzchnia w m² Posiadane atestowane wyposażenie oraz sprzęt* (*właściwie zaznaczyć*)

-
- A
-
- B
-
- C
-
- D
-
- E
-
- F
-
-
- G

* Objaśnienia do symboli: A - atlas, B - drabinki, C - materace, D - rotory, E - równoważnie, F - rowerki treningowe, G - inne (*określić jakie?*)

2. Inne pomieszczenia i obiekty (
- jakie?*
-)

Przeznaczenie

Posiadane atestowane wyposażenie oraz sprzęt

V. Gabinet lekarski lub zabiegowyLiczba pomieszczeń Powierzchnia w m²

Posiadane atestowane wyposażenie oraz sprzęt

VI. Zaplecze do prowadzenia zajęć sportowo-rekreacyjnych na terenie ośrodka

| Lp. | Nazwa | Na terenie ośrodka | Poza terenem ośrodka | Odległość od ośrodka |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| 1. | boisko | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 2. | korty tenisowe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 3. | kręgielnia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 4. | basen kryty | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 5. | basen odkryty | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 6. | ścieżka zdrowia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 7. | sala gimnastyczna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 8. | siłownia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 9. | wyciąg narciarski | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 10. | przystań wodna ze sprzętem wodnym | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 11. | plac zabaw dla dzieci | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 12. | <input type="checkbox"/> trasy spacerowe <input type="checkbox"/> tereny rekreacyjne (<i>podać krótki opis</i>) | | | |

- 13.
-
- inne (
- jakie?*
-)

Liczba sal ogólnego przeznaczenia powierzchnia w m² Liczba sal do terapii zajęciowej powierzchnia w m² Liczba sal do prowadzenia szkoleń powierzchnia w m²

Wyposażenie

Rodzaj pracowni do prowadzenia zajęć rozwijających zainteresowania

- powierzchnia w m²

- wyposażenie

- biblioteka kawiarnia dyskoteka
 inne (jakie?)

VII. Baza noclegowa ośrodka

Zabudowa ośrodka (*właściwie zaznaczyć*) w budynku w domkach w zabudowie pawilonowej

Liczba miejsc noclegowych ogółem

w pokojach 1-osobowych 2-osobowych 3-osobowych w wielosobowych
(wymienić w ilu)

w tym miejsc: całorocznych sezonowych

Rodzaj zakwaterowania:

1) w budynku: liczba kondygnacji
 liczba miejsc ogółem
 w pokojach z pełnym węzłem sanitarnym

 w pokojach bez pełnego węzła sanitarnego

2) w domkach murowanych z pełnym węzłem sanitarnym (parterowe, piętrowe):
 liczba miejsc ogółem w tym na piętrze na parterze

3) w domkach drewnianych z pełnym węzłem sanitarnym - liczba miejsc ogółem

4) inny (jaki?)

Liczba miejsc noclegowych dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich

Liczba pokoi dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich w tym:

z pełnym węzłem sanitarnym bez pełnego węzła sanitarnego

VIII. Dostępność obiektów ośrodka, pomieszczeń noclegowych i ogólnodostępnych oraz infrastruktury i otoczenia ośrodka dla osób niepełnosprawnych o różnych dysfunkcjach

z dysfunkcją narządu ruchu, z wyłączeniem osób poruszających się na wózkach inwalidzkich*

z dysfunkcją narządu ruchu poruszających się na wózkach inwalidzkich*

z dysfunkcją narządu słuchu*

z dysfunkcją narządu wzroku*

z upośledzeniem umysłowym, chorobą psychiczną, padaczką i schorzeniami układu krążenia*

* Podać krótki opis lub wpisać „brak”.

IX. Standard ośrodka

Podstawowe wyposażenie w pokojach

Podstawowe wyposażenie w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych

- Możliwość parkowania samochodu na terenie ośrodka
 Utwardzona nawierzchnia dojazdowa

X. Wyżywienie na terenie ośrodka

Stołówka*

- na miejscu w oddzielnym budynku; odległość stołówki od budynku mieszkalnego

Możliwość zapewnienia diety*

- cukrzycowej niskotłuszczowej bezglutenowej wątrobowej wegetariańskiej
 innej (jakiej?)

XI. Inne dodatkowe informacje o ośrodku

(data wypełnienia ankiety)

.....
(podpis wnioskodawcy**)

* Właściwie zaznaczyć.

** Właściciela lub użytkownika wieczystego nieruchomości, w której zlokalizowany jest ośrodek, albo prowadzącego ośrodek.

Część B - wypełnia Urząd Wojewódzki

I. Ocena Ośrodka:

II. Informacje o sposobie rozpatrzenia wniosku

Nazwa ośrodka:

Adres ośrodka:

z dniem

(właściwie zaznaczyć)

- uzyskał wpis do rejestru ośrodków nr OD/ / /
- nie uzyskał wpisu do rejestru ośrodków
- pozostawiono bez rozpatrzenia

.....
(data i podpis)