



Twoje uprawnienia do zabezpieczenia społecznego

w Niemczech

Informacje zawarte w niniejszym przewodniku zostały opracowane i zaktualizowane w ścisłej współpracy z krajowymi korespondentami systemu wzajemnego informowania o ochronie socjalnej (MISSOC). Więcej informacji na temat sieci MISSOC można znaleźć na następującej stronie internetowej:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=815>

Niniejszy przewodnik zawiera ogólny opis rozwiązań w zakresie zabezpieczenia społecznego stosowanych w odpowiednich państwach. Dodatkowe informacje można uzyskać z innych publikacji MISSOC. Wszystkie te pozycje są dostępne na stronie, do której odsyła powyższy link. Można skontaktować się również z właściwymi organami i instytucjami, które zostały wymienione w załączniku do niniejszego przewodnika.

Ani Komisja Europejska, ani żadna osoba działająca w imieniu Komisji nie może być pociągana do odpowiedzialności za wykorzystanie informacji zawartych w niniejszej publikacji.

Spis treści

Rozdział I: Wprowadzenie, organizacja i finansowanie	5
Wprowadzenie	5
Organizacja ochrony socjalnej	6
Finansowanie	7
Rozdział II: Opieka zdrowotna	9
Kiedy osoba jest uprawniona do opieki zdrowotnej?	9
Co obejmuje ubezpieczenie?	9
W jaki sposób można skorzystać z opieki zdrowotnej?	11
Rozdział III: Świadczenia pieniężne z tytułu choroby	12
Kiedy osoba ma prawo do świadczeń pieniężnych z tytułu choroby?	12
Co obejmuje ubezpieczenie?	12
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń pieniężnych z tytułu choroby?	12
Rozdział IV: Świadczenia z tytułu macierzyństwa i ojcostwa	14
Kiedy osoba jest uprawniona do świadczeń z tytułu macierzyństwa lub ojcostwa? ..	14
Co obejmuje ubezpieczenie?	14
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu macierzyństwa i ojcostwa? ..	14
Rozdział V: Świadczenia z tytułu inwalidztwa	15
Kiedy osoba ma prawo do świadczeń z tytułu inwalidztwa?	15
Co obejmuje ubezpieczenie?	16
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu inwalidztwa?	16
Rozdział VI: Emerytury i świadczenia z tytułu podeszłego wieku	17
Kiedy osoba ma prawo do świadczeń z tytułu podeszłego wieku?	17
Co obejmuje ubezpieczenie?	18
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu podeszłego wieku?	18
Rozdział VII: Renty rodzinne	19
Kiedy osoba jest uprawniona do renty rodzinnej?	19
Co obejmuje ubezpieczenie?	19
W jaki sposób można skorzystać z renty rodzinnej?	20
Rozdział VIII: Świadczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych	21
Kiedy osoba jest uprawniona do świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych?	21
Co obejmuje ubezpieczenie?	21
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych?	23
Rozdział IX: Świadczenia rodzinne	24
Kiedy osoba ma prawo do świadczeń rodzinnych?	24
Co obejmuje ubezpieczenie?	25
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń rodzinnych?	25
Rozdział X: Bezrobocie	27
Kiedy osoba ma prawo do świadczeń z tytułu bezrobocia?	27
Co obejmuje ubezpieczenie?	28
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu bezrobocia?	29
Rozdział XI: Świadczenia minimalne z pomocy społecznej	30
Kiedy osoba jest uprawniona do świadczeń minimalnych z pomocy społecznej?	30
Co obejmuje ubezpieczenie?	31
W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń minimalnych z pomocy społecznej? ..	31
Rozdział XII: Opieka długoterminowa	32
Kiedy osoba uprawniona ma prawo do opieki długoterminowej?	32
Co obejmuje ubezpieczenie?	33
W jaki sposób można skorzystać z opieki długoterminowej?	34

Załącznik: Dane kontaktowe instytucji i adresy przydatnych stron internetowych35

Rozdział I: Wprowadzenie, organizacja i finansowanie

Wprowadzenie

Niemiecki system zabezpieczenia społecznego ustawowo składa się z pięciu działów: ubezpieczenie zdrowotne, ubezpieczenie na wypadek utraty samodzielności, ubezpieczenie emerytalno-rentowe, ubezpieczenie od wypadków i ubezpieczenie od utraty pracy. Rozdział niniejszy zawiera wyjaśnienie – w odniesieniu do każdej z grup – kto jest ubezpieczycielem, a kto ubezpieczonym, a także procedury członkostwa i procedury składkowe.

Przewodnik ten nie obejmuje ubezpieczeń społecznych rolników, ubezpieczeń rzemieślników i ubezpieczeń społecznych artystów i dziennikarzy. Wszystkie informacje na ten temat uzyskać można we właściwych instytucjach ubezpieczeniowych.

Stworzono organy łącznikowe odpowiedzialne za relacje z innymi państwami członkowskimi Unii Europejskiej w sektorze zabezpieczenia społecznego. W przypadku problemów lub pytań dotyczących zabezpieczenia społecznego w Niemczech lub w jednym czy kilku państwach członkowskich UE, należy zwrócić się do kompetentnego organu łącznikowego.

Wszyscy pracownicy najemni za wyjątkiem kilku zawodów (np. urzędników służby cywilnej, sędziów i wojskowych) podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu. Z kolei osoby wykonujące pracę marginalną przynoszącą wynagrodzenie nieprzekraczające 400 EUR miesięcznie oraz pracownicy krótkoterminowi, zatrudnieni przez mniej niż 50 dni w roku kalendarzowym, są zwolnieni z obowiązku ubezpieczenia.

Ubezpieczenie od utraty pracy może być zasadniczo dobrowolnie przedłużone na podstawie wniosku skierowanego do federalnej agencji zatrudnienia. Konieczne jest jednak, by zainteresowany, podczas 24 miesięcy poprzedzających rozpoczęcie działalności na własny rachunek, był przez 12 miesięcy poddany obowiązkowi ubezpieczenia lub otrzymywał świadczenie z tytułu bezrobocia. W celu uzyskania informacji lub porady należy się zgłosić do lokalnej agencji zatrudnienia.

Poza wymienionymi wyżej grupami zabezpieczenia społecznego, istnieje również państwowa pomoc społeczna, podstawowe świadczenia dla osób poszukujących pracy, osób starszych i w przypadku ograniczonej możliwości podejmowania działalności zarobkowej oraz różne zasiłki rodzinne i mieszkaniowe.

Członkostwo

Z chwilą rozpoczęcia pracy zarobkowej pracodawca jest zobowiązany do przeprowadzenia wszelkich niezbędnych formalności związanych z członkostwem w systemie zabezpieczenia społecznego. Pracownik zostanie najpierw zarejestrowany w kasie chorych (*Krankenkasse*), która powiadomi komórki ubezpieczeń na wypadek utraty samodzielności, ubezpieczeń emerytalnych i ubezpieczeń na wypadek utraty pracy. Pracownikowi zostanie nadany następnie numer ubezpieczenia społecznego (*Versicherungsnummer*), pod którym instytucja odpowiedzialna za ubezpieczenie

emerytalne rejestrować będzie okresy ubezpieczeniowe i zarobki podlegające składkom.

Przy pierwszym zatrudnieniu pracownik otrzyma od instytucji ubezpieczenia emerytalnego zaświadczenie o ubezpieczeniu społecznym (*SV-Ausweis*). Zaświadczenie to zawiera nazwisko, nazwisko rodowe, imię i numer ubezpieczenia społecznego. Dla niektórych zawodów (na przykład w budownictwie), dokumenty tożsamości (paszport, dowód tożsamości) powinny być udośćnione do wglądu w godzinach pracy. Odpowiednich informacji udziela pracodawca.

Każdy, komu przyznano nowy numer ubezpieczeniowy, otrzymuje od razu informację wskazującą, która instytucja ubezpieczenia emerytalnego jest dla niego właściwa. Osoby pracujące na własny rachunek same muszą się zapisać do właściwej kasy chorych.

Organizacja ochrony socjalnej

Ustawowe ubezpieczenie emerytalne

Ustawowe ubezpieczenie emerytalno-rentowe (*Gesetzliche Rentenversicherung*) zarządzane jest przez niemieckie ubezpieczenie emerytalno-rentowe (*Deutsche Rentenversicherung Bund*), regionalne instytucje niemieckiego ubezpieczenia emerytalno-rentowego (*Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung*), niemieckie ubezpieczenie emerytalno-rentowe górnictwo-kolej-żegluga (*Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See*) oraz fundusze emerytalne dla rolników (*Landwirtschaftliche Alterskassen*).

Ustawowe ubezpieczenie chorobowe

Ustawowym ubezpieczeniem zdrowotnym (*Gesetzliche Krankenversicherung*) zajmuje się ok. 145 kas chorych, z których część funkcjonuje regionalnie (np. lokalne kasy chorych, *Ortskrankenkassen*), a część na poziomie krajowym (np. większość zastępczych kas chorych, *Ersatzkassen*). Członkostwo w tych kasach jest otwarte dla wszystkich niezależnie od zawodu czy zatrudniającego pracodawcy (wyjątkiem są fundusze dla rolników). Wszyscy pracownicy najemni za wyjątkiem kilku zawodów (np. urzędników służby cywilnej, sędziów i wojskowych) podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu, chyba że ich wynagrodzenie przekroczy ustalony pułap ubezpieczenia obowiązkowego w ciągu roku. Szczególne przepisy mają zastosowanie w stosunku do zatrudnienia małoletnich. Kasy chorych zarządzają pobieraniem składek na ogólne zabezpieczenie społeczne dla wszystkich branż.

Ustawowe ubezpieczenie na wypadek utraty samodzielności

Każda ustawowa kasa chorych tworzy fundusz ubezpieczenia na wypadek utraty samodzielności, który jest niezależnie odpowiedzialny za przyznawanie świadczeń beneficjentom wymagającym opieki długoterminowej. Wszystkie osoby zarejestrowane w ustawowej kasie chorych są objęte ubezpieczeniem od ryzyka utraty samodzielności w tej samej kasie. Osoby objęte prywatnym ubezpieczeniem zdrowotnym muszą zawierać odpowiednie umowy ubezpieczenia na wypadek utraty samodzielności. (Dodatkowo istnieje możliwość zawarcia dobrowolnej umowy ubezpieczenia na wypadek utraty samodzielności z ubezpieczycielem prywatnym).

Ustawowe ubezpieczenie wypadkowe

Podmioty odpowiedzialne za ustawowe ubezpieczenie od wypadków (*Gesetzliche Unfallversicherung*) to instytucje ubezpieczenia od wypadków w przemyśle i rolnictwie (*Berufsgenossenschaften*) oraz instytucje ubezpieczenia od wypadków w sektorze publicznym.

Ustawowe ubezpieczenie od utraty pracy

Ustawowe ubezpieczenie od utraty pracy (*Gesetzliche Arbeitslosenversicherung*) ma charakter obowiązkowy i odpowiedzialna za nie jest federalna agencja zatrudnienia (*Bundesagentur für Arbeit, BA*). BA składa się z biura głównego, dyrekcji regionalnych i agencji lokalnych. Ustawowe ubezpieczenie od utraty pracy jest prawem i obejmuje wszystkich pracowników najemnych (pracownicy fizyczni, pracownicy umysłowi, stażyści i młode osoby niepełnosprawne).

Samorządność

Poszczególnymi działami zabezpieczenia społecznego zarządzają, na zasadzie samorządności, instytucje ubezpieczeniowe. W tym celu instytucje ubezpieczeniowe powołują zgromadzenia przedstawicieli samorządów i rady nadzorcze bądź rady administracyjne, które składają się z takiej samej liczby przedstawicieli pracodawców i ubezpieczonych. W przypadku ubezpieczenia od utraty pracy do zarządzania włącza się przedstawiciele sektora publicznego jako stronę trzecią. Członkowie samorządów są wybierani przez pracodawców i ubezpieczonych rotacyjnie co sześć lat.

Nadzór

Samorządne instytucje ubezpieczeń społecznych realizują zadania leżące w zakresie ich kompetencji zgodnie z prawem i obowiązującymi przepisami. Instytucje te podlegają nadzorowi państwowemu, który jest wykonywany przez organ nadzorczy. Federalne instytucje ubezpieczeniowe, których właściwość terytorialna obejmuje więcej niż trzy kraje związkowe, podlegają na ogół nadzorowi federalnego urzędu ubezpieczeń (*Bundesversicherungsamt*). Pozostałe instytucje ubezpieczeniowe (na szczeblu krajów związkowych) podlegają nadzorowi kraju związkowego, w którym działają. Instytucja ubezpieczeniowa zawiadamia ubezpieczonego, jaki organ nadzorczy jest dla niego właściwy. Jeśli za kwestie podstawowe i działy równorzędne odpowiada niemieckie ubezpieczenie emerytalno-rentowe – instytucja federalna, nadzór jest zazwyczaj wykonywany przez federalne ministerstwo pracy i spraw społecznych oraz federalny urząd ubezpieczeń.

Finansowanie

System zabezpieczenia społecznego jest finansowany ze składek na ubezpieczenie społeczne opłacanych przez pracodawców i pracowników najemnych oraz z ogólnych dochodów podatkowych.

Zatrudnieni, których wynagrodzenie przekracza dochód minimalny mają obowiązek opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne, ubezpieczenie na wypadek utraty samodzielności, ubezpieczenie od utraty pracy i ubezpieczenie emerytalno-rentowe. Wysokość składek na ustawową ochronę ubezpieczeniową stanowi określony procent od zarobków. Wysokość składki stanowi określony procent wynagrodzenia. 53% składek opłaca pracownik, a około 47% - pracodawca. Osoby prowadzące działalność

na własny rachunek opłacają w całości składki na ubezpieczenie chorobowe, ubezpieczenie na wypadek utraty samodzielności oraz ubezpieczenie emerytalno-rentowe. Składki na ubezpieczenie wypadkowe płaci w całości pracodawca.

Pracodawca odpowiada za obliczanie i opłacanie składek. Odejmuje od każdego wynagrodzenia należną, płatną przez pracownika, część składek. Pracodawca zatrzymuje płatną przez siebie część składki i całą kwotę składki na ubezpieczenie społeczne (tj. ubezpieczenie zdrowotne, ubezpieczenie na wypadek utraty samodzielności, ubezpieczenie emerytalno-rentowe i ubezpieczenie od utraty pracy) przekazuje wybranej przez ubezpieczonego kasie chorych(jako odbiorcy).

Całkowita składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi obecnie 15,5% wynagrodzenia aż do osiągnięcia wysokości ustalonej corocznie (górną próg obliczeniowy dla składek wynosi 45 900 EUR rocznie). 7,3% składek obciąża pracodawcę. Jeśli wymogi finansowe odpowiednich kas chorych nie są zaspokojone składkami związanymi z poziomem dochodu, kasy chorych mogą pobierać dodatkową składkę, która nie jest związana z poziomem dochodów. Jeśli średnia dodatkowa składka ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego przekracza 2% zarobków podlegających składkom, można ubiegać się o wyrównanie socjalne (*Sozialausgleich*).

Wysokość składki ubezpieczenia na wypadek utraty samodzielności (*Pflegeversicherung*) wynosi 1,95%. Ubezpieczeni urodzeni po 1940 r. i nieposiadający dzieci płacą dodatkową składkę w wysokości 0,25% po osiągnięciu 23. roku życia.

Górną próg obowiązkowego ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego i ubezpieczenia na wypadek utraty samodzielności wynosi 50 850 EUR rocznie.

W przypadku ogólnego ubezpieczenia emerytalno-rentowego ogólna stawka wynosi 19,60% zarobków, aż do wysokości górnego progu obliczeniowego dla składek (67 200 EUR rocznie w „starych” krajach związkowych i 57 600 EUR rocznie w nowych krajach związkowych). Połowa składek obciąża na ogół pracodawcę.

Składka na ubezpieczenie od utraty pracy wynosi 3% wynagrodzenia aż do wysokości górnego progu obliczeniowego dla składek, stosowanego dla ubezpieczenia od utraty pracy. Połowa składek obciąża pracodawcę, a połowa pracownika.

Żadnych składek nie płaci się na fundusz zasiłków rodzinnych (są one finansowane ze środków publicznych).

Rozdział II: Opieka zdrowotna

Kiedy osoba jest uprawniona do opieki zdrowotnej?

Cała populacja (za wyjątkiem osób, których dochód przekracza próg obowiązkowego ubezpieczenia wynoszący 50 850 EUR) podlega ogólnemu obowiązkowi rejestracji w ramach ustawowego bądź prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Do świadczeń uprawnione są następujące osoby:

- osoby zatrudnione za wynagrodzeniem oraz osoby przechodzące szkolenie zawodowe, w tym stażyści;
- emeryci i renciści z odpowiednim okresem ubezpieczenia;
- osoby bezrobotne otrzymujące świadczenia z tytułu bezrobocia;
- osoby niepełnosprawne zatrudnione w zakładach pracy chronionej;
- osoby uczestniczące w rehabilitacji zawodowej oraz przechodzące dowolny rodzaj szkolenia zawodowego w specjalnych instytucjach szkoleniowych dla młodzieży (Jugendhilfe):
- studenci uznanych instytucji szkolnictwa wyższego;
- rolnicy i członkowie ich rodzin pomagający w gospodarstwie;
- artyści i pisarze;
- osoby nieposiadające żadnego innego uprawnienia do otrzymywania świadczeń opieki zdrowotnej (pod pewnymi warunkami).

Nie jest wymagany minimalny okres oczekiwania.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Badania profilaktyczne

W celu wczesnego wykrywania objawów chorób pracownik i jego rodzina są uprawnieni do następujących lekarskich badań profilaktycznych:

- badania wykrywające choroby wieku dziecięcego do 6. roku życia oraz po 10. roku życia;
- coroczne badania wykrywające raka u kobiet po 20. roku życia i mężczyzn po 45. roku życia;
- co dwa lata, dla ubezpieczonych po 35. roku życia, ogólne badanie lekarskie, dotyczące zwłaszcza schorzeń naczyniowo-sercowych, nerkowych lub cukrzycy.

Opieka medyczna

Tak długo, jak długo jak pracownik jest ubezpieczony, jest on uprawniony ze swoją rodziną do opieki świadczonej przez lekarzy ogólnych, specjalistów i stomatologów.

Osoba dorosła raz na kwartał ponosi specjalną opłatę (*Praxisgebühr*) w wysokości 10 EUR z tytułu każdej pierwszej wizyty u lekarza lub dentysty. Ubezpieczony nie ponosi tej specjalnej opłaty (*Praxisgebühr*), jeśli wizyta została zlecona przez lekarza w tym samym kwartale lub dotyczy kontrolnej wizyty dentystycznej raz na dwa lata.

Lekarstwa, zabiegi paramedyczne i protezy

Lekarstwa wydawane są na podstawie recepty wystawionej przez lekarza, który podpisał umowę z kasą chorych i mogą być zakupione w każdej aptece. Zasadniczo, za każde lekarstwo zakupione w aptece płaci się dodatek wynoszący 10% ceny sprzedaży, minimalnie wynoszący 5 euro, a maksymalnie 10 euro. Dodatek nie może być jednak wyższy od ceny lekarstwa. Cena leków na niektóre choroby, takie jak przeziębienie czy grypa, a także leków stosowanych w ich leczeniu, jak środki drażniące nos, środki przeciwbólowe, przeciwkaszlowe i wykrztuśne, środki do jamy ustnej i gardła, z wyjątkiem środków przeciw infekcjom grzybiczym, środków przeczyszczających i środków przeciwko chorobie lokomocyjnej, jest płatna w całości przez pacjenta.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje także środków, których głównym celem jest poprawa jakości życia. Wyłączenie dotyczy w szczególności środków stosowanych w leczeniu zaburzeń erekcji, w celu rozbudzenia i zwiększenia aktywności seksualnej, zaprzestania palenia, utraty wagi lub ograniczenia apetytu, regulacji masy ciała lub poprawy wzrostu włosów. Istnieją jednakże wyjątki od zasady niepokrywania kosztu leków bez recepty przez kasę chorych. Przykładowo, leki dla dzieci do 12. roku życia z zaburzeniami rozwoju oraz leki, które zgodnie z zaleceniami wspólnej komisji federalnej (*Gemeinsamer Bundesausschuss*) są elementem standardowego leczenia poważnych schorzeń, są (częściowo) refundowane.

Ubezpieczeni mają również prawo do zabiegów (fizykoterapia, logopedia, terapia zajęciowa, podiatria). Obowiązuje odpłatność w wysokości 10% ceny plus 10 EUR od każdej recepty.

Kasa chorych bierze również na siebie, jeśli zachodzi taka potrzeba, koszt medycznie uzasadnionych aparatów słuchowych, protez, innych aparatów i sprzętu w zakontraktowanych cenach do pewnej ustalonej wysokości. Ubezpieczone osoby dorosłe mają ograniczone uprawnienie do aparatów służących do korekty wad wzroku. Udostępnienie aparatów i sprzętu wymaga uzyskania uprzedniej akceptacji kasy chorych, o ile kasa nie odmówiła świadczenia. Dopłata za aparaty i sprzęt wynosi 10% ceny, minimalnie 5 euro, a maksymalnie 10 euro. Dopłata nie może być jednak wyższa od ceny produktu. Maksymalna dopłata za środki przeznaczone do spożycia wynosi 10 EUR za zapas środków na cały miesiąc.

Opieka stomatologiczna

Koszt uzasadnionego medycznie dentystycznego leczenia zachowawczego i chirurgicznego pokrywany jest w całości przez kasy chorych.

Przy leczeniu ortodontycznym (profilaktyka i korekta wad zgryzu) udział ubezpieczonego wynosi 20%. Te 20% jest ubezpieczonemu zwracane przez kasę chorych po zakończeniu leczenia. Ubezpieczonym osobom poniżej 18. roku życia (w określonych przypadkach również osobom starszym) przysługuje pełny zwrot kosztów niezbędnej opieki ortodontycznej.

Osoby ubezpieczone otrzymują stałą, uzależnioną od rozpoznania, dopłatę na protezy dentystyczne i korony, które odpowiadają 50% kosztów stałej opieki standardowej, tzw. świadczeniu standardowemu (*Regelleistung*). Wysokość stałej dopłaty rośnie wraz z natężeniem udokumentowanego regularnego leczenia zachowawczego. Poza stałą dopłatą ubezpieczonym, których dochód nie przekracza określonego progu,

przysługuje ta sama kwota i medycznie uzasadnione świadczenie standardowe bez nadmiernych opłat.

Leczenie w domu i pomoc w gospodarstwie domowym

Jeśli ze względu na okoliczności pracownik nie mogą otrzymać od osoby żyjącej w tym samym gospodarstwie domowym niezbędnej opieki i pomocy w przypadku choroby, kasa chorych pokryje, poza zabiegami medycznymi, opiekę pielęgniarską udzielaną w domu chorego przez wykwalifikowany personel. Będzie to możliwe jednak tylko w wypadku, gdy leczenie szpitalne jest zalecane, ale niemożliwe do zrealizowania lub, jeśli takiego leczenia można uniknąć lub go skrócić dzięki leczeniu w domu. W zasadzie leczenie domowe ograniczone jest do czterech tygodni dla danego przypadku choroby.

Zasadniczo prawo do pomocy w gospodarstwie domowym ograniczone jest do czterech tygodni na jeden okres choroby, jeśli z powodu choroby ubezpieczony nie jest w stanie sam się nim zająć. Świadczenie to jest przyznawane jedynie w przypadku, kiedy w rodzinie jest dziecko poniżej 12. roku życia lub dziecko niepełnosprawne, którym nikt z domowników nie może się zająć.

Leczenie szpitalne

Pracownik ma prawo do każdego niezbędnego leczenia szpitalnego. Konieczność hospitalizacji musi być stwierdzona przez lekarza. Poza nagłymi przypadkami, należy wcześniej zwrócić się do kasy chorych o pokrycie kosztów. Do 28 dni w roku kalendarzowym ubezpieczony wnosi opłatę w wysokości 10 EUR za każdy dzień hospitalizacji.

Koszty podróży

Koszty podróży koniecznej do uzyskania opieki medycznej, mogą być, pod pewnymi warunkami całkowicie lub częściowo pokryte przez kasę chorych. Osoby ubezpieczone płacą 10% kosztów podróży – minimalnie 5 euro, a maksymalnie 10 euro za każdą podróż.

W jaki sposób można skorzystać z opieki zdrowotnej?

Przed rozpoczęciem leczenia należy przedstawić właściwemu lekarzowi kartę ubezpieczenia zdrowotnego (*Krankenversicherungskarte*). W nagłych przypadkach lekarz udziela pomocy bez wcześniejszego okazania karty; w takiej sytuacji należy przedstawić kartę ubezpieczenia zdrowotnego w ciągu kolejnych 10 dni.

Leczenie prowadzą lekarze i dentyści, którzy podpisali umowy z kasami chorych, stanowiący ponad 90% wszystkich praktykujących lekarzy; ubezpieczony ma prawo dokonać wyboru lekarza przed rozpoczęciem leczenia lub na początku każdego kwartału kalendarzowego.

Lista tych lekarzy jest wywieszona w każdej kasie chorych.

Jeśli lekarz prowadzący stwierdza, że należy pacjenta skierować do specjalisty, polikliniki czy innej, podobnej instytucji, wydaje odpowiednie skierowanie (*Überweisungsschein*).

Rozdział III: Świadczenia pieniężne z tytułu choroby

Kiedy osoba ma prawo do świadczeń pieniężnych z tytułu choroby?

W Niemczech w przypadku choroby pracownika najemnego, która powoduje jego niezdolność do pracy, pracodawca kontynuuje wypłacanie wynagrodzenia bez względu na tygodniowy lub miesięczny czas pracy. Uprawnienie do dalszego otrzymywania wynagrodzenia (*Entgeltfortzahlung*) istnieje wyłącznie jeśli stosunek pracy trwał cztery tygodnie bez przerwy.

Co obejmuje ubezpieczenie?

W zasadzie, jeśli pracownik jest niezdolny do pracy z powodu choroby i bez własnej winy, pracodawca będzie nadal wypłacał wynagrodzenie przez pierwszych sześć tygodni niezdolności do pracy.

Chore osoby, których wynagrodzenie nie jest wypłacane przez pracodawcę, mają prawo do zasiłku chorobowego (*Krankengeld*) płaconego przez kasę chorych. Wysokość świadczenia wynosi 70% regularnego wynagrodzenia (*Regelentgelt*), nie może jednak przekroczyć 90% wysokości netto zwykłych zarobków.

Zasiłek chorobowy wypłacany jest aż do końca okresu niezdolności do pracy potwierdzonej świadectwem lekarskim. Zasiłek nie może być jednak wypłacany z powodu tej samej choroby przez dłużej niż 78 tygodni w okresie trzech lat. Pod koniec tego trzyletniego okresu wypłata zasiłku chorobowego przez kolejne trzy lata może być możliwa pod pewnymi warunkami.

Przyznanie innych świadczeń, takich jak całkowita renta inwalidzka lub zawodowa renta inwalidzka, czy też świadczenia z zagranicy, powodują utratę lub zmniejszenie zasiłku chorobowego.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń pieniężnych z tytułu choroby?

Należy niezwłocznie zgłosić pracodawcy fakt zachorowania i przybliżony okres trwania choroby.

Jeśli niezdolność do pracy trwa dłużej niż trzy dni kalendarzowe, należy przedstawić pracodawcy zaświadczenie lekarskie nie później niż czwartego dnia choroby. Uprawnienie do świadczeń pieniężnych z tytułu choroby istnieje zasadniczo od dnia następującego po dniu stwierdzenia przez lekarza niezdolności do pracy. Zaświadczenie lekarskie zawiera informacje o przewidywanej długości okresu niezdolności do pracy. Należy przedłożyć je pracodawcy.

Należy poddawać się w wyznaczonym czasie wszystkim badaniom lekarskim, na jakie pracownik zostanie wezwany. Nieobecność nieusprawiedliwiona ważnymi powodami może spowodować utratę zasiłku chorobowego.

Jeśli pracownik otrzymuje inne świadczenia (na przykład rentę) lub jeśli choroba spowodowana jest wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową, należy powiadomić o

tym kasę chorych. W czasie trwania niezdolności do pracy, aby nie ponieść strat finansowych można opuszczać Niemcy tylko za zgodą właściwej kasy chorych.

Prawo do świadczeń pieniężnych z tytułu choroby dziecka

Objęty ustawowym ubezpieczeniem zdrowotnym rodzic dziecka (do 12. roku życia), które jest chore i wymaga opieki, ma prawo do świadczeń z tytułu choroby przez maksymalnie 10 dni roboczych na jedno dziecko (w sumie maksymalnie 25 dni) w każdym roku kalendarzowym, pod warunkiem, że w gospodarstwie domowym nie ma innej osoby, która mogłaby zapewnić dziecku opiekę.

Rozdział IV: Świadczenia z tytułu macierzyństwa i ojcostwa

Kiedy osoba jest uprawniona do świadczeń z tytułu macierzyństwa lub ojcostwa?

Wszystkie kobiety uprawnione do rzeczowych świadczeń ubezpieczenia zdrowotnego mają również prawo do świadczeń rzeczowych podczas ciąży i po porodzie.

Kobiety objęte ustawowym ubezpieczeniem zdrowotnym otrzymują świadczenie z tytułu ciąży w wysokości 13 EUR za dzień kalendarzowy w trakcie urlopu macierzyńskiego i w położeniu, jeśli mają prawo do świadczeń z tytułu choroby w przypadku niezdolności do pracy lub jeśli w trakcie urlopu macierzyńskiego nie jest wypłacane wynagrodzenie. Kobiety będące pracownikami najemnymi, które nie są objęte ustawowym ubezpieczeniem zdrowotnym (np. kobiety ubezpieczone prywatnie lub objęte ustawowym ubezpieczeniem zdrowotnym na podstawie prawa pochodnego („*familienversichert*”)) otrzymują wypłacane przez państwo świadczenie z tytułu macierzyństwa w wysokości łącznie maksymalnie 210 EUR.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Rzeczowe świadczenia z tytułu macierzyństwa obejmują:

- opiekę lekarską i opiekę położnej w okresie ciąży i po porodzie;
- opiekę położnej w czasie porodu i w razie potrzeby opiekę lekarską;
- leki, środki farmaceutyczne, opatrunki oraz inne środki i produkty lecznicze;
- koszty związane z porodem odbywającym się w szpitalu;
- pomoc pielęgniarską w domu;
- pomoc w gospodarstwie domowym.

Świadczenia z tytułu macierzyństwa wypłacane są przez sześć tygodni przed porodem i przez osiem tygodni po porodzie (12 tygodni w wypadku porodu przedwczesnego lub mnogiego). W przypadku przedwczesnego porodu urlop macierzyński po porodzie wydłużany jest o dni, które nie zostały wykorzystane przed porodem. Wysokość zasiłku zależy od wynagrodzenia, nie może jednak przekroczyć 13 EUR dziennie. Ewentualną różnicę między wysokością świadczenia, a wynagrodzeniem pokrywa pracodawca.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu macierzyństwa i ojcostwa?

Kobieta w ciąży powinna otrzymać kartę macierzyńską (*Mutterschaftspass*) zawierającą informacje o wszystkich badaniach lekarskich, do jakich jest uprawniona.

Rozdział V: Świadczenia z tytułu inwalidztwa

Kiedy osoba ma prawo do świadczeń z tytułu inwalidztwa?

Wszystkie osoby objęte obowiązkowym ubezpieczeniem emerytalno-rentowym (tzn. wszyscy pracownicy najemni oraz osoby prowadzące działalność na własny rachunek o zarobkach powyżej dochodu minimalnego) są ubezpieczone na wypadek inwalidztwa.

Renta z tytułu ogólnej niezdolności do zarobkowania (*Erwerbsminderung*)

Renta jest przyznawana, gdy ubezpieczony, na skutek zmniejszenia zdolności do zarobkowania z powodów zdrowotnych, nie jest już w stanie wykonywać działalności w zwykłych warunkach rynku pracy przez co najmniej sześć godzin (renta z tytułu częściowej niezdolności do zarobkowania) lub co najmniej trzy godziny (renta z tytułu całkowitej niezdolności do zarobkowania) dziennie.

Aby otrzymać taką rentę, trzeba dostarczyć dowodu, że pracownik płacił składki ubezpieczeniowe (okres stażowy) przez co najmniej 60 miesięcy. Dodatkowo pracownik musi wykazać, że opłacał obowiązkowe składki przez trzy z pięciu lat poprzedzających początek niezdolności do zarobkowania. Okres pięcioletni może być wydłużony, na przykład o okresy niezdolności do pracy, bezrobocia, nauki szkolnej oraz wychowywania dzieci. Jeśli osoba ubezpieczona stanie się niezdolna do zarobkowania mniej niż sześć lat po zakończeniu kształcenia lub szkolenia, wówczas warunki stażowe mogą być złagodzone.

Renta z tytułu częściowej niezdolności do zarobkowania (*teilweise Erwerbsminderung*)

Ze względu na zasadę ochrony uzasadnionych oczekiwań, ubezpieczeni mogą również wystąpić o rentę w przypadku częściowej niezdolności do zarobkowania, jeśli spełniają warunki przewidziane ustawą o ubezpieczeniach, urodzili się przed 2 stycznia 1961 r., a zmniejszenie ich zdolności do zarobkowania z powodów zdrowotnych nie pozwala im pracować więcej niż sześć godzin dziennie w ich obecnym zawodzie lub innym, akceptowanym przez nich zawodzie.

Limit kumulacji dochodów

Wykonywanie pracy zawodowej i związane z tym dodatkowe dochody mogą spowodować utratę renty. Przed podjęciem takiej działalności, należy więc zasięgnąć informacji we właściwej instytucji ubezpieczeniowej.

Szczególne zasady dotyczące górników

Zdolność do pracy w kopalni uznana jest za ograniczoną, jeśli wskutek choroby czy inwalidztwa pracownik nie jest w stanie wykonywać tam poprzednio wykonywanej pracy lub podobnej pracy, chyba że został zatrudniony do równoważnego zajęcia poza sektorem górniczym. Dodatkowe dochody z pracy nieprzynoszącej równoważnych dochodów w stosunku do poprzedniego zatrudnienia nie mają wpływu na pobieraną rentę.

Począwszy od wieku 50 lat, górnicy są uprawnieni do emerytury, jeśli nie wykonują pracy równoważnej finansowo do pracy wykonywanej poprzednio w kopalni. W tym celu muszą jednak przepracować 25 lat.

Środki rehabilitacji

Przepisy o rentach uznają zasadę pierwszeństwa readaptacji w stosunku do przyznania renty. Jeśli środki readaptacyjne mogą utrzymać i poprawić zdolność zarobkowania ubezpieczonego, instytucja ubezpieczenia emerytalnego przyznaje ubezpieczonemu w pierwszym rzędzie środki konieczne do takiej rehabilitacji medycznej lub readaptacji zawodowej, zamiast przyznawać rentę.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Wysokość emerytury zależy od wysokości składek na zabezpieczenie społeczne zgromadzonych w czasie całego „życia ubezpieczeniowego”. Poza okresami składkowymi okresy zwolnione z opłacania składek lub, w których opłacano zmniejszone składki, mogą wpłynąć na podwyższenie świadczenia.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu inwalidztwa?

Renty przyznawane są zasadniczo tylko na wniosek zainteresowanych. Wniosek należy złożyć we właściwej instytucji ubezpieczeń społecznych.

Rozdział VI: Emerytury i świadczenia z tytułu podeszłego wieku

Kiedy osoba ma prawo do świadczeń z tytułu podeszłego wieku?

Wszystkie osoby objęte obowiązkowym ubezpieczeniem emerytalno-rentowym (tzn. wszyscy pracownicy najemni oraz pewne grupy osób prowadzących działalność na własny rachunek o zarobkach powyżej dochodu minimalnego) są objęte ubezpieczeniem emerytalnym.

Emerytura przyznawana jest w zamian za pracę świadczoną w czasie aktywnego życia. Do jej otrzymywania konieczne jest osiągnięcie określonego wieku i wykazanie się minimalnym okresem ubezpieczenia (zasadniczo okres oczekiwania to pięć lat opłacania składek oraz okresy zastępcze).

Wszystkie miesiące kalendarzowe, podczas których wpłacano składki oraz okresy wychowywania dziecka poniżej 3 lat brane są pod uwagę przy obliczaniu 5, 15 i 25-letnich okresów oczekiwania. Dla 35-letniego okresu stażu, okresy brane pod uwagę, to wszystkie te, które dają prawo do emerytury. Należą do nich, na przykład, okresy nauki i okresy wychowywania dziecka poniżej 10. roku życia.

Jeśli po osiągnięciu wieku emerytalnego planowane jest jedynie ograniczenie działalności zawodowej, można zwrócić się o emeryturę częściową (jedna trzecia, połowa lub dwie trzecie pełnej emerytury). Można również zrezygnować z wystąpienia o emeryturę. Jeśli w wieku 65 lat ubezpieczony nie wystąpi o emeryturę lub wystąpi o emeryturę częściową, pełna emerytura przyznana później zostanie zwiększona o wysokość równą 0,5% za każdy miesiąc (6% za rok) wysokości tej części, o którą ubezpieczony nie wystąpił.

Emerytura normalna (*Regelaltersrente*)

W latach 2012–2029 zwykły wiek emerytalny jest stopniowo podwyższany do 67 lat, począwszy od osób urodzonych w 1947 r.

Do osób urodzonych po 1963 r. zastosowanie mieć będzie zwykły wiek emerytalny wynoszący 67 lat. Ubezpieczeni będą mogli w dalszym ciągu przechodzić na emeryturę w 65. roku życia bez zmniejszenia wymiaru emerytury w przypadku wpłacania przez 45 lat obowiązkowych składek z tytułu zatrudnienia i opieki oraz okresów wychowywania dzieci w wieku do 10 lat.

Do kwoty, którą można otrzymywać oprócz normalnej emerytury nie mają zastosowania żadne wartości graniczne.

Wcześniejsza emerytura

Wiek emerytalny mający zastosowanie do wcześniejszej emerytury zostanie skorygowany odpowiednio w odniesieniu do zwykłego wieku emerytalnego. Korekta nie ma jednakże zastosowania do typów emerytur, które są wycofywane – ma do nich zastosowanie zwykły wiek emerytalny wynoszący 65 lat.

O wcześniejszą emeryturę (w obniżonej wysokości) można ubiegać się od 63. roku życia po 35 latach okresu ubezpieczenia emerytalno-rentowego.

O emeryturę dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności mogą ubiegać się ubezpieczeni, którzy osiągnęli 65. rok życia, cierpią na potwierdzoną niepełnosprawność w stopniu znacznym w momencie pierwszej wypłaty emerytury i mogą wykazać się 35-letnim okresem oczekiwania. Wcześniejsze przyznanie takiej emerytury jest możliwe od wieku 62 lat, w zamian za obniżenie jej wysokości.

Ubezpieczeni urodzeni przez dniem 1 stycznia 1952 r. mogą ubiegać się o zmniejszoną emeryturę w wieku 63 lat jeśli:

- mogą wykazać się 15-letnim okresem oczekiwania;
- opłacali obowiązkowe składki z tytułu zatrudnienia lub pracy ubezpieczonej przez osiem lat w ciągu ostatnich dziesięciu lat przed przejściem na emeryturę;
- są bezrobotni w chwili przejścia na emeryturę;
- byli bezrobotni przez w sumie 52 tygodnie po ukończeniu 58 lat i sześciu miesięcy lub pracowali w niepełnym wymiarze czasu ze względu na wiek (*Altersteilzeitarbeit*) przez co najmniej 24 miesiące przed przejściem na emeryturę.

W ramach rekompensaty za dłuższe trwanie wypłaty emerytury jej wysokość zmniejszana jest o 0,3% za każdy miesiąc pobierania emerytury przed zwykłym wiekiem emerytalnym (w przypadku emerytury dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności przed 65 rokiem życia)

Szczególne przepisy mają zastosowanie w stosunku do górników. Mogą oni przejść na emeryturę w wieku lat 60, po 25-letnim okresie stażu.

Emerytury dla kobiet

Kobiety mają prawo do pobierania emerytury w wieku 60 lat jeśli mogą wykazać się co najmniej dziesięcioma latami opłacania składek obowiązkowych po ukończeniu 40 roku życia. Okres stażowy wymagany w odniesieniu do tej emerytury wynosi 15 lat. Jednak kobiety ubezpieczone urodzone w roku 1952 i później nie mogą już starać się o taką emeryturę.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Wysokość emerytury zależy głównie od wysokości składek na zabezpieczenie społeczne zgromadzonych w czasie całego „życia ubezpieczeniowego”. Poza okresami składkowymi, okresy zwolnione z opłacania składek lub w których opłacano składki zredukowane mogą wpłynąć na podwyższenie świadczenia.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu podeszłego wieku?

Renty przyznawane są zasadniczo tylko na wniosek zainteresowanych. Wniosek należy złożyć we właściwej instytucji ubezpieczeń społecznych.

Rozdział VII: Renty rodzinne

Kiedy osoba jest uprawniona do renty rodzinnej?

Wszystkie osoby objęte obowiązkowym ubezpieczeniem emerytalno-rentowym (tzn. wszyscy pracownicy najemni oraz pewne grupy osób prowadzących działalność na własny rachunek o zarobkach powyżej dochodu minimalnego) są objęte ubezpieczeniem dla osób pozostałych przy życiu.

Renta wdowia przyznawana jest pozostałemu przy życiu małżonkowi lub partnerowi z zarejestrowanego związku partnerskiego, a także – w niektórych przypadkach – małżonkowi po rozwodzie.

Uprawnienie do **renty wdowiej** podlega okresowi oczekiwania równemu pięciu latom opłacania składek bądź okresów zastępczych. Okres oczekiwania można uznać za pełny jeśli ubezpieczony umrze wskutek wypadku przy pracy bądź wkrótce po zakończeniu kształcenia/szkolenia. Ponadto, aby pozostały przy życiu współmałżonek był uprawniony do renty, zasadniczo konieczne jest, aby małżeństwo trwało przez co najmniej jeden rok.

Renta sieroca jest przyznawana zasadniczo dzieciom do 18. roku życia po śmierci osoby ubezpieczonej. Granica wieku ulega podwyższeniu do 27 lat, jeśli sierota uczy się lub przechodzi szkolenie zawodowe, jeśli jako wolontariusz przez rok pracuje społecznie lub w dziedzinie ekologii lub jeśli niepełnosprawność uniemożliwia jej podjęcie pracy zarobkowej. Jeśli nauka w szkole lub nauka zawodu została przerwana z powodu obowiązkowej służby wojskowej lub służby cywilnej, prawo do renty sieroczej jest wydłuża o ten okres ponad wiek 27 lat. Częściową rentę sierocą wypłaca się w przypadku, gdy jedno z rodziców żyje; pełną rentę sierocą wypłaca się w przypadku śmierci obojwojga rodziców.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Renty wdowie (Witwen-und Witwerrenten)

Wysokość renty wdowiej wynosi 25% renty zmarłego z tytułu całkowitej niezdolności do zarabkowania (*Rente wegen voller Erwerbsminderung*) (tzw. mała renta wdowia). Wypłata tego świadczenia ograniczona jest do dwu lat. Wysokość emerytury ulega zwiększeniu, jeśli beneficjent sprawuje opiekę nad dzieckiem, ukończył 45. rok życia (od 2012 r. ten limit wiekowy będzie stopniowo zwiększany do 47. roku życia w 2029 r.) bądź jego zdolność zarabkowania uległa zmniejszeniu do 55% (tzw. duża renta wdowia). Wdowy lub wdowcy, którzy wychowali dzieci, otrzymują poza tym dodatek. W przypadku rozwodu prawa nabywane zwyczajowo z ubezpieczenia emerytalno-rentowego i ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa dzielone są pomiędzy byłych współmałżonków.

Podział renty

Zamiast korzystać ze świadczeń należnych współmałżonkowi i wdowcowi wedle normalnej procedury, małżonkowie mogą, poprzez wspólne oświadczenie, zażądać, by prawo do renty uzyskane w czasie wspólnego życia zostało podzielone. Warunkiem jest tu, by każdy z małżonków, mógł wykazać się 25-letnim okresem stażu

zawodowego kwalifikującego do emerytury, małżeństwo zostało zawarte po 31 grudnia 2001 r., zaś oboje małżonkowie mieli wówczas mniej niż 40 lat. Jeśli powyższe warunki są spełnione, również partnerzy w ramach zalegalizowanego partnerstwa mogą wystąpić o podział renty.

Renta sieroca (*Waisenrente*)

Renta sieroca w przypadku śmierci jednego rodzica wynosi 10% emerytury zmarłego rodzica i obejmuje również dodatek dla sierot. Renta sieroca w przypadku śmierci obydwójga rodziców wynosi 20% emerytur zmarłych rodziców i jest powiększona o dodatek dla sierot. Rentę sierocą zmniejsza się o maksymalnie 10,8% jeśli ubezpieczony umrze przed 63. rokiem życia.

Wpływ dochodów

Aby naliczyć rentę z tytułu zgonu, w pewnym stopniu bierze się pod uwagę dochody z pracy zarobkowej lub inne beneficjenta, a w pewnych przypadkach również dochody z posiadanego przez niego majątku. Stała miesięczna kwota świadczenia wynosi obecnie 718,08 EUR w starych krajach związkowych i 637,03 EUR w nowych krajach związkowych. Kwotę tę podnosi się w przypadku każdego dziecka posiadającego prawo do renty sieroczej. W wypadku renty sieroczej dochody są brane pod uwagę dopiero gdy sierota ma powyżej 18 lat. Stała miesięczna kwota świadczenia dla sierot wynosi obecnie 478,72 EUR w starych krajach związkowych i 424,69 EUR w nowych krajach związkowych. Jeżeli dochody własne beneficjenta są wyższe od stałej miesięcznej kwoty świadczenia, 40% pozostałego dochodu netto wlicza się do renty wdowiej lub sieroczej.

W jaki sposób można skorzystać z renty rodzinnej?

Renty przyznawane są zasadniczo tylko na wniosek zainteresowanych. Wniosek należy złożyć we właściwej instytucji ubezpieczeń społecznych.

Rozdział VIII: Świadczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych

Kiedy osoba jest uprawniona do świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych?

Ubezpieczenie od wypadków jest obowiązkowe w przypadku pracowników najemnych i stażystów. Inne grupy osób również podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu: na przykład dzieci pozostawiane w żłobkach dziennych lub pod opieką wyspecjalizowanych osób, uczniowie w czasie pobytu w szkole nauczania ogólnego, osoby przechodzące rehabilitację, jak też studenci w czasie nauki lub doskonalenia w szkołach wyższych. Osoby prowadzące działalność na własny rachunek z zasady nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia, chyba że właściwy ubezpieczyciel wyraźnie włącza ich ochronę do odpowiedniego zapisu swojego statutu. W każdym przypadku osoba prowadząca działalność na własny rachunek może zdecydować o zawarciu dobrowolnej umowy ubezpieczeniowej.

Świadczenia z tytułu ubezpieczenia od wypadków wypłacane są jedynie, jeśli zdarzył się przypadek ubezpieczeniowy. Przypadkami ubezpieczeniowymi są wypadki przy pracy i choroby zawodowe.

Wypadkami przy pracy nie są jedynie wypadki, które zdarzyły się właśnie w czasie wykonywania działań objętych ochroną ubezpieczeniową, ale również wypadki w trakcie dojazdu. Te ostatnie to wypadki, którym uległ pracownik w drodze do miejsca wykonywania działań objętych ubezpieczeniem lub z niego. Choroby zawodowe to takie, na które ubezpieczony zapada z powodu lub w trakcie wykonywania działań objętych ubezpieczeniem; wyszczególniono je w przepisach dotyczących chorób zawodowych (lista 73 uznanych chorób zawodowych). Możliwe jest również udowodnienie, że choroba niezajdująca się na liście ma charakter choroby zawodowej.

Konieczne jest istnienie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy ubezpieczonymi czynnościami a wypadkiem/chorobą oraz między wypadkiem/chorobą a uszczerbkiem na zdrowiu.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Jako zadośćuczynienie za uszczerbek na zdrowiu spowodowany wydarzeniem ubezpieczeniowym, można się starać o następujące świadczenia.

Leczenie

Leczenie obejmuje pierwszą pomoc, opiekę medyczną, leki, zabiegi terapeutyczne i środki pomocnicze, opiekę w domu, a także medyczne świadczenia rehabilitacyjne.

Świadczenia z tytułu uczestnictwa w aktywnym życiu zawodowym

Świadczenia z tytułu uczestnictwa w aktywnym życiu zawodowym obejmują świadczenia mające na celu zachowanie lub otrzymanie pracy, poszukiwanie pracy,

doświadczenie zawodowe, przygotowanie do zawodu, kształcenie i doskonalenie zawodowe, a także przekwalifikowanie zawodowe.

Świadczenia z tytułu uczestnictwa w życiu społecznym

Celem tych świadczeń jest ponowne włączenie osób w życie społeczne, a w szczególności udzielenie im pomocy w:

- nabyciu wiedzy i umiejętności praktycznych;
- zrozumieniu środowiska;
- pozyskaniu, utrzymaniu i wyposażeniu mieszkania odpowiedniego dla osób niepełnosprawnych;
- samodzielnym życiu w mieszkaniu chronionym;
- uczestniczeniu w życiu społecznym i kulturalnym.

Świadczenia uzupełniające

Świadczenia uzupełniające dotyczą w szczególności uprawiania grupowego sportu rehabilitacyjnego zleconego przez lekarza i pod opieką lekarską, koszty transportu potrzebne, by móc uprawiać ten sport, pomoc w przemieszczaniu się, pomoc domową oraz kosztą opieki nad dziećmi.

Świadczenia na opiekę długoterminową

Jeśli na skutek przypadku ubezpieczeniowego pracownik stał się niesamodzielną, ma on prawo do świadczeń na pomoc lub do zasiłku na opiekę (nawet jeśli osoba uprawniona otrzymuje już rentę).

Zasiłki dzienne z tytułu wypadku i zasiłki tymczasowe

Uprawnienie do pobierania świadczeń z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej utrzymuje się przez cały czas niezdolności do pracy. Wysokość świadczenia odpowiada 80% wynagrodzenia brutto przed rozpoczęciem okresu niezdolności do pracy, a pułap stanowi wynagrodzenie netto. Świadczenie z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej przyznawane jest zasadniczo po okresie uprawnienia do kontynuacji wypłaty wynagrodzenia przez maksymalnie 78 tygodni. Wypłata świadczenia z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej nie kończy się przed zakończeniem leczenia szpitalnego. Świadczenie to kończy się z chwilą przyznania renty z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej.

Świadczenie tymczasowe przyznaje się na okres otrzymywania świadczenia z tytułu uczestnictwa w aktywnym życiu zawodowym; wysokość świadczenia tymczasowego jest nieznacznie niższa od wysokości świadczenia z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej.

Renta

Jeśli wskutek wypadku przy pracy bądź choroby zawodowej zdolność zarobkowania zmniejsza się o co najmniej 20% na ponad 26 tygodni od zdarzenia stanowiącego przyczynę, ubezpieczony otrzymuje rentę. Jej wysokość zależy od stopnia ograniczenia zdolności zarobkowania, a także od rocznych dochodów z pracy zawodowej (dochodów z ostatnich 12 miesięcy kalendarzowych przed zaistnieniem przypadku ubezpieczeniowego).

Renty z tytułu zgonu (Hinterbliebenenrenten)

Jeśli zgon współmałżonka został spowodowany wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową, pozostały przy życiu współmałżonek otrzymuje rentę z tytułu zgonu. Renta wynosi 40% rocznych zarobków osoby zmarłej, jeśli osoba pozostała przy życiu ma lat 47 lub więcej, jest niezdolna do wykonywania pracy zawodowej lub wychowuje dziecko posiadające prawo do renty sieroczej. Osoby młodsze i nie wychowujące dzieci, mają prawo do otrzymywania przez dwa lata rocznej renty wynoszącej 30% rocznych zarobków osoby zmarłej. Renta przedłużona zostanie o ponad dwa lata, jeśli zgon nastąpił przed 1 stycznia 2002 r. lub jeśli małżonkowie, z których co najmniej jedno urodziło się przed 2 stycznia 1962 r., pobrali się przed 1 stycznia 2002 r.

Dzieci w wieku poniżej 18 lat otrzymują rentę sierocą (Waisenrente). Sierota, która straciła jedno z rodziców, otrzymuje 20% rocznych zarobków osoby ubezpieczonej, podczas gdy pełna sierota otrzymuje 30%. Jeśli dziecko się kształci, renta jest wypłacana do ukończenia 27 lat.

Jeśli beneficjent renty ma własne dochody, w takim przypadku renta może być o nie pomniejszona.

Odszkodowanie jednorazowe

W pewnych przypadkach, wypłata odszkodowania jednorazowego (Abfindung) może zastąpić rentę.

Świadczenie z tytułu śmierci

W przypadku zgonu spowodowanego wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową, zasiłek pogrzebowy (*Sterbegeld*) wypłacany jest osobie zajmującej się pogrzebem. Wysokość tego świadczenia odpowiada 1/7 wynagrodzenia referencyjnego (4 500 EUR w „starych” krajach związkowych i 3 840 EUR w „nowych” krajach związkowych).

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych?

Istnieje instytucja ubezpieczeń wypadkowych, która oficjalnie określa, czy wypadek kwalifikuje się jako wypadek objęty ubezpieczeniem oraz wskazuje prawo do świadczeń. Nie ma konieczności samodzielnego składania wniosku. Pracodawca musi zgłosić każdy wypadek instytucji ubezpieczenia wypadkowego.

Osoba poszkodowana w wypadku musi zgłosić się do specjalnego lekarza (orzecznika – *Durchgangsarzt*) wskazanego przez instytucję ubezpieczenia wypadkowego. Lekarz orzecznik podejmuje decyzję co do dalszego leczenia we współpracy z właściwą instytucją ds. wypadków.

Rozdział IX: Świadczenia rodzinne

Kiedy osoba ma prawo do świadczeń rodzinnych?

Pod warunkiem spełniania wymogów określonych poniżej każda osoba mieszkająca w Niemczech ma prawo do zasiłku na dzieci (*Kindergeld*) oraz dodatków wychowawczych (*Elterngeld*) na dzieci własne lub adoptowane lub na dzieci współmałżonka (pasierbów). Przy kwalifikowaniu na potrzeby zasiłku na dzieci można uwzględnić również wnuki lub dzieci w rodzinie zastępczej, które mieszkają w tym samym gospodarstwie domowym.

Zasiłek na dzieci

Dodatki rodzinne wypłacane są na wszystkie dzieci aż do ukończenia 18 lat. Dzieci pełnoletnie mogą nadal z nich korzystać, jeżeli:

- nie ukończyły 21 lat, nie podjęły pracy i zgłosiły się jako osoby poszukujące pracy w urzędzie ds. zatrudnienia w Niemczech lub w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej, w Islandii, w Liechtensteinie, w Norwegii lub w Szwajcarii;
- nie ukończyły 25. roku życia i kształcą się w szkole, studiują lub przechodzą szkolenie zawodowe lub znajdują się w okresie przejściowym między dwoma cyklami kształcenia (maksymalnie cztery miesiące), angażują się w wolontariat w znaczeniu § 32 ust. 4 zdanie 1 nr 2 lit. „d” ustawy o podatku dochodowym (*EStG*) lub nie mogą rozpocząć albo kontynuować szkolenia zawodowego z uwagi na brak miejsc;
- nie są w stanie zaspokoić swoich potrzeb z racji niepełnosprawności fizycznej, intelektualnej lub psychicznej, stwierdzonej przed ukończeniem 25 roku życia.

Pełnoletnie dzieci mogą być uwzględniane wyłącznie wówczas, gdy po ukończeniu pierwszego szkolenia zawodowego nie są zatrudnione. Dopuszczalne jest zatrudnienie w wymiarze do 20 godzin regularnej pracy w tygodniu, szkolenia zawodowego lub nieistotnego zatrudnienia.

Jeśli dziecko odbyło zasadniczą służbę wojskową lub zastępczą służbę cywilną, zasiłek na dzieci może być wypłacany na dzieci, które przechodzą szkolenie lub znajdują się w okresie przejściowym między dwoma cyklami kształcenia albo na dzieci szukające zatrudnienia powyżej limitów wiekowych wskazanych wcześniej. W takim przypadku koniec przedmiotowego okresu przesuwany jest o długość odbytej służby. Zasiłek na dzieci nie jest jednakże wypłacany w trakcie trwania zasadniczej służby wojskowej lub zastępczej służby cywilnej.

Nie można otrzymywać zasiłku na dzieci w odniesieniu do dziecka, które zainteresowana osoba, jej współmałżonek lub inna osoba, z którą dane dziecko pozostaje w relacji „rodzic-dziecko” otrzymuje podobne świadczenie.

Dodatek wychowawczy (*Elterngeld*)

Dodatek wychowawczy wypłacany jest matce lub ojcu, jeśli rodzice zamieszkują to samo gospodarstwo domowe co dziecko i sami je wychowują. Rodzic otrzymuje dodatek jeśli pracuje mniej niż 30 godzin tygodniowo. Może ono być wypłacane do ukończenia przez dziecko 14 miesięcy.

Współmałżonkowie lub partnerzy sprawujący opiekę nad dzieckiem po jego urodzeniu (nawet jeśli nie jest to ich własne dziecko) mogą na takich samych warunkach otrzymać dodatek wychowawczy. Te same zasady mają zastosowanie do krewnych aż do trzeciego stopnia, jeśli rodzice ze względu na różne okoliczności (choroba, niepełnosprawność lub śmierć) nie mogą zajmować się dzieckiem.

W przypadku dzieci adoptowanych oraz dzieci zamieszkujących w danym gospodarstwie domowym w celu adopcji dodatek wychowawczy może być wypłacany przez maksymalnie 14 miesięcy. Ten 14-miesięczny okres rozpoczyna się wraz z przeprowadzką dziecka do danego gospodarstwa domowego. Uprawnienie do pobierania świadczenia wygasa wraz z osiągnięciem przez dziecko wieku 8 lat.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Zasiłek na dzieci

Zasiłek na dzieci wypłacany jest jako kwota w wysokości 184 EUR na pierwsze i drugie dziecko, 190 EUR na trzecie dziecko oraz 215 EUR na czwarte i kolejne dzieci.

Dodatek rodzicielski

Rodzice mogą otrzymywać dodatek wychowawczy przez minimum dwa miesiące (minimalny okres odniesienia) i maksimum 12 miesięcy. Zasadniczo oboje rodzice mają łącznie prawo do dwunastu miesięcznych płatności, które przyznawane są za każdy miesiąc życia dziecka. Prawo do dodatkowych dwóch świadczeń miesięcznych powstaje, jeśli obydwój rodzice korzystają z dodatku wychowawczego, a ich zarobki spadną przez co najmniej dwa miesiące (miesiące współdzielone). Samotni rodzice mogą otrzymać dodatek rodzicielski jako zasiłek zastępujący dochód maksymalnie przez 14 miesięcy.

Wysokość dodatku wychowawczego (Elterngeld) zastępuje zasadniczo 67% skorygowanego dochodu netto. Jeśli przed porodem dochód netto przekraczał 1 200 EUR, stopa zastąpienia dochodów jest stopniowo obniżana do 65%. W przypadku osób o niskich dochodach stawka zastąpienia dochodu wzrasta do 100%. W wartościach bezwzględnych dodatek wychowawczy wynosi co najmniej 300 EUR (bez względu na poziom dochodów) a maksymalnie 1 800 EUR miesięcznie. Rodziny posiadające kilkoro małych dzieci otrzymują „dodatki na rodzeństwo” w wysokości 10% dodatku wychowawczego, do którego są uprawnione, co odpowiada kwocie co najmniej 75 EUR miesięcznie.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń rodzinnych?

Dodatki rodzinne są przyznawane jedynie na pisemny wniosek zainteresowanych. Formularz wniosku otrzymać można w agencji zatrudnienia (kasie świadczeń rodzinnych). Więcej informacji znaleźć można pod adresem www.familienkasse.de.

Agencja zatrudnienia (kasa świadczeń rodzinnych) przelewa świadczenia na wskazane konto bankowe beneficjenta w trakcie trwania miesiąca, w odniesieniu do którego określono wysokość zasiłku na dzieci.

Należy z własnej inicjatywy niezwłocznie poinformować agencję zatrudnienia o każdej zmianie w informacjach dostarczonych w chwili składania wniosku, które mogłyby

mieć wpływ na prawo do zasiłku na dzieci (na przykład zakończenie kształcenia zawodowego dziecka).

Fundusze świadczeń rodzinnych odpowiedzialne za zasiłki na dzieci różnią się w zależności od miejsca zamieszkania. Konkretny fundusz świadczeń rodzinnych udzieli wszelkich informacji na ten temat. Właściwy organ znaleźć można pod adresem: <http://www.familien-wegweiser-regional.de/Kindergeld.113.0.html>.

Dodatek wychowawczy przyznawany jest wyłącznie na pisemny wniosek zainteresowanego. Urzędy zajmujące się dodatkami wychowawczymi są odpowiedzialne za rozpatrzenie wniosku i wypłatę dodatku. W różnych krajach związkowych różne urzędy są odpowiedzialne za realizację tego zadania. Informacje o urzędzie właściwym do zajęcia się konkretnym przypadkiem dodatku wychowawczego oraz formularze wniosków znaleźć można pod adresem: <http://www.familien-wegweiser-regional.de/Elterngeld.73.0.html>.

Rozdział X: Bezrobocie

Kiedy osoba ma prawo do świadczeń z tytułu bezrobocia?

Zwykłe świadczenie z tytułu bezrobocia

W zasadzie, jeśli osoba zatrudniona lub uczeń w zawodzie traci pracę, ma prawo do zasiłku dla bezrobotnych, pod warunkiem, że:

- zarejestruje się w charakterze bezrobotnego w urzędzie ds. zatrudnienia i złoży wniosek o świadczenie;
- jest bezrobotny lub wykonuje prace w wymiarze nie większym niż 15 godzin w tygodniu;
- pozostaje do dyspozycji w zakresie zatrudnienia, tzn. jest w stanie pracować i chce przyjąć dowolną odpowiednią ofertę zatrudnienia oraz aktywnie poszukuje pracy;
- zaliczył okres oczekiwania na uprawnienie do świadczenia z tytułu bezrobocia, to znaczy wykonywania działalności zawodowej poddanej obowiązkowi składkowemu przez co najmniej 12 miesięcy w czasie ostatnich dwóch lat. W pewnych okolicznościach do lipca 2012 r. do wypełnienia tego warunku wystarczy 6-miesięczny okres zatrudnienia.

Osoba bezrobotna ma obowiązek wykorzystywać każdą możliwość do znalezienia pracy. Musi również wypełniać obowiązki zawarte w umowie integracyjnej, jaką agencja ds. zatrudnienia z nią zawiera.

Świadczenia nie są przyznawane przez maksymalny okres dwunastu tygodni (Sperrzeit), jeśli dana osoba bez ważnego powodu:

- sama zakończyła pracę;
- odmawia podjęcia pracy proponowanej przez urząd ds. zatrudnienia;
- odmawia uczestnictwa w rozsądnych działaniach zmierzających do znalezienia pracy;
- ignoruje wezwania do stawienia się w urzędzie ds. zatrudnienia lub nie rejestruje się niezwłocznie jako osoba poszukująca pracy.

Podstawowe świadczenia dla osób poszukujących pracy (świadczenie z tytułu bezrobocia II/zasiłki socjalne)

W trakcie lub po okresie otrzymywania świadczenia z tytułu bezrobocia można korzystać ze świadczeń z tytułu bezrobocia typu II, jeśli jest się osobą:

- zdolną do podjęcia pracy;
- pozbawioną środków do życia;
- w wieku między 15. a 65. rokiem życia (lub po osiągnięciu zróżnicowanego progu wieku zgodnie z art. 7a księgi II kodeksu socjalnego – *Sozialgesetzbuch, SGB II*);
- zamieszkałą w Republice Federalnej Niemiec.

Beneficjenci niezdolni do pracy, którzy żyją z beneficjentem pozbawionym środków do życia, zdolnym do pracy w ramach „wspólnoty w potrzebie” (*Bedarfsgemeinschaft*), mają prawo do zasiłków socjalnych na zaspokojenie swoich potrzeb życiowych, jeśli

nie należą do kategorii osób, których dotyczy księga XII Kodeksu Socjalnego (*Sozialgesetzbuch, SGB XII*).

Co obejmuje ubezpieczenie?

Zwykłe świadczenie z tytułu bezrobocia

Wysokość świadczenia zależy od wynagrodzenia, kategorii podatkowej wymienionej w karcie podatkowej danej osoby oraz faktu posiadania dzieci.

Na potrzeby obliczania wysokości świadczenia wykorzystuje się średnie dzienne wynagrodzenie w ciągu ostatniego roku, przy czym zastosowanie ma pułap w wysokości 5 500 EUR miesięcznie w "starych" krajach związkowych i 4 800 EUR miesięcznie w „nowych” krajach związkowych.

Beneficjenci posiadający dzieci otrzymują 67% zarobków netto, zaś beneficjenci nieposiadający dzieci – 60% zarobków netto.

Czas trwania świadczenia zależy od okresu składkowego oraz od wieku, przy czym maksymalna długość to 24 miesiące. Wynosi on od 6 miesięcy w przypadku osób, które podlegały obowiązkowi ubezpieczenia przez 12 miesięcy do maksimum 24 miesięcy w przypadku osób starszych, które podlegały obowiązkowi ubezpieczenia przez 48 miesięcy. W szczególnych okolicznościach czas trwania świadczenia wynosi od 3 do 5 miesięcy, po zakończeniu okresu oczekiwania o długości od 6 do 10 miesięcy zatrudnienia; zastosowanie tego przepisu kończy się w lipcu 2012 r.

Podstawowe świadczenia dla osób poszukujących pracy (świadczenie z tytułu bezrobocia II/zasiłki socjalne)

Podstawowe świadczenie dla osób poszukujących pracy to pomoc bytowa przyznawana na podstawie oceny zasobów finansowych i zorientowana na konkretne potrzeby; jej wysokość określa się wraz z pomocą społeczną celem zapewnienia możliwości utrzymania w wymiarze społecznym i kulturowym. Podstawowy poziom utrzymania jest określany zgodnie z „normalnymi wymogami” (*Regelbedarfe*) na poziomie federalnym, które w całych Niemczech mają ten sam poziom. Rzeczywiste koszty mieszkaniowe i koszty ogrzewania są pokrywane w całości, jeśli ich wysokość jest racjonalna. Zasiłek na zwykłe potrzeby przyznawany jest jako kwota jednorazowa pokrywająca koszty żywności, środków higieny osobistej, sprzętów gospodarstwa domowego i potrzeb osobistych dnia codziennego. Ponadto możliwe jest zastosowanie „dodatkowych wymogów” (*Mehrbedarfe*) (np. na wyżywienie lub dla samotnych rodziców itp.) oraz szczególnych świadczeń. Z dniem 1 stycznia 2011 r. zmianie uległ system minimalnego poziomu życia społeczno-kulturalnego dla dzieci, młodzieży i młodych osób dorosłych (tzw. „pakiet edukacyjny”). W ramach tego pakietu uwzględnia się potrzeby związane z wycieczkami szkolnymi, osobistymi przyborami szkolnymi, posiłkami w stołówce, transportem szkolnym, aktywnością sportową, kulturalną i wypoczynkową oraz – w pewnych okolicznościach – wsparciem w nauce/studiowaniu.

Podstawowe świadczenia dla osób poszukujących pracy wypłacane jest bez ograniczeń czasowych, jeśli spełnione pozostają jego warunki; zasadniczo jednak świadczenie to przyznawane jest tylko na okres sześciu miesięcy, po których należy ponownie przedstawić okoliczności kwalifikujące do otrzymywania pomocy.

Pozostałe świadczenia

W czasie bezrobocia, system ubezpieczenia z tytułu utraty pracy płaci w następujące składki w imieniu pracownika:

- składki na ubezpieczenie zdrowotne; warunki otrzymywania świadczeń są objaśnione w części dotyczącej opieki zdrowotnej;
- składki na ubezpieczenie na wypadek utraty samodzielności;
- składki na ustawowe ubezpieczenie emerytalno-rentowe.

Zasiłek na wypadek bezrobocia obejmuje również ubezpieczenie od niektórych wypadków.

W Niemczech ustawodawstwo nie przewiduje świadczeń przedemerytalnych. W ramach prawa o umowach zbiorowych, wiele sektorów zawodowych dysponuje, mimo tego, przepisami w dziedzinie przedemerytalnej.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń z tytułu bezrobocia?

Zwykle świadczenie z tytułu bezrobocia

Aby ubiegać się o to świadczenie, należy zarejestrować się w charakterze bezrobotnego w urzędzie pracy i złożyć wniosek.

Należy z własnej inicjatywy powiadomić biuro zatrudnienia o każdej zmianie sytuacji osobistej, która mogłaby mieć wpływ na prawa do świadczeń (na przykład przyznanie renty, podjęcie pracy).

Podstawowe świadczenia dla osób poszukujących pracy (świadczenie z tytułu bezrobocia II/zasiłki socjalne)

Podczas ubiegania się o świadczenia, osoba jest zobowiązana do stawiania się na wezwanie instytucji właściwej dla minimalnych świadczeń (tzw. centrum zatrudnienia). Każde niestawienie się na takie wezwanie może spowodować sankcje w postaci zmniejszenia świadczeń.

Podstawowe świadczenia dla osób poszukujących pracy podlegają szczególnej ocenie. Centrum zatrudnienia podejmuje decyzje co do wniosków o przyznanie świadczeń. Niezdolność do pracy potwierdza również centrum zatrudnienia. Ponadto w przypadku apelacji należy uzyskać z centrum zatrudnienia opinię specjalisty. Centrum zatrudnienia dysponuje służbami zewnętrznymi zwalczającymi nadużycia w zakresie świadczeń.

Rozdział XI: Świadczenia minimalne z pomocy społecznej

Kiedy osoba jest uprawniona do świadczeń minimalnych z pomocy społecznej?

Świadczenia z pomocy społecznej

Każda osoba niezdolna do zapewnienia sobie samodzielnie lub przy pomocy osób trzecich środków do życia, finansowych (dochody i majątek) albo fizycznych (siła do pracy), może się ubiegać o pomoc społeczną, pod warunkiem że faktycznie zamieszkuje w Niemczech.

Prawodawstwo dotyczące pomocy społecznej obejmuje szereg obszarów i w każdym reguluje przyznawanie świadczeń w konkretnych sytuacjach. Omawiane tutaj świadczenia są częścią finansowanego z podatków systemu świadczeń minimalnych z pomocy społecznej przyznawanych na podstawie oceny zasobów finansowych, których celem jest zapewnienie odpowiedniego standardu życia osobom znajdującym się w trudnej sytuacji, które są niezdolne do pracy i które nie mają zarobków wystarczających do spełnienia potrzeb swojej rodziny (*Bedarfsgemeinschaft*), lub które nie otrzymują niezbędnego wsparcia od innych osób. W szczególności osoby w wieku poniżej 65 lat, które nie są w stanie zapewnić sobie środków do życia i które są czasowo niezdolne do pracy otrzymują pomoc na przeżycie (*Hilfe zum Lebensunterhalt*) w ramach pomocy społecznej. Osoby powyżej 65. roku życia i osoby powyżej 18. roku życia, które cierpią na trwałą niezdolność do pracy z powodów medycznych, mogą się ubiegać o oparty na potrzebach dodatek do emerytury oraz dodatek z tytułu częściowej niezdolności do zarabkowania (*Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung*). Osoby bezrobotne, które są zdolne do pracy, ale nie posiadają zasobów finansowych mogą ubiegać się o podstawowe świadczenie dla osób poszukujących pracy (świadczenia z tytułu bezrobocia II/zasiłki socjalne).

Każdy członek kwalifikującego się do świadczeń gospodarstwa domowego może wnioskować o pomoc społeczną na swoje potrzeby. Kwota całkowita wzrasta wraz z wielkością rodziny. Dochód i majątek wnioskodawcy i jego współmałżonka lub partnera zamieszkujących w tym samym gospodarstwie domowym uwzględniane są przy obliczaniu wysokości świadczeń.

Zasiłek dla niewidomych i zasiłek opiekuńczy

Zgodnie z ustawodawstwem właściwych landów, osoby dotknięte częściową lub całkowitą utratą wzroku pod pewnymi warunkami mogą korzystać z zasiłku z tytułu utraty wzroku i zasiłku opiekuńczego w zależności od landu (*Landesblindengeld et Landespflegegeld*). W niektórych landach osoby dotknięte głuchotą oraz osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności mogą również ubiegać się o tego typu pomoc. Prawo do tych świadczeń jest uzależnione od zamieszkania lub od stałego pobytu w danym landzie.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Świadczenia z pomocy społecznej

Stawki standardowe (*Regelsätze*) ustalane są przez kraje związkowe. Wysokość stawek standardowych uzależniona jest od wieku i pozycji w gospodarstwie domowym. Od dnia 1 stycznia 2011 r. na terenie całych Niemiec zastosowanie mają następujące „normalne wymogi” (*Regelbedarfe*):

- normalne wymogi w przypadku głowy gospodarstwa domowego oraz osoby mieszkającej samotnie: 374 EUR;
- normalne wymogi jeśli współmałżonkowie lub partnerzy zamieszkują razem: 337 EUR;
- dla dorosłej osoby, która nie zamieszkuje we własnym gospodarstwie domowym ani we wspólnym gospodarstwie jako współmałżonek, partner ani konkubent: 299 EUR;
- dla członków gospodarstwa domowego poniżej 6. roku życia: 219 EUR;
- dla członków gospodarstwa domowego pomiędzy 6. a 14. rokiem życia: 251 EUR;
- dla członków gospodarstwa domowego w wieku powyżej 14. roku życia: 287 EUR.

Stawki standardowe mogą zostać uzupełnione o:

- dodatki na potrzeby specjalne konkretnych grup (np. dzieci, samotnych rodziców, kobiet w ciąży, osób wymagających specjalnej diety ze względu na szczególne choroby itp.);
- świadczenia jednorazowe, których nie wlicza się jako świadczeń zryczałtowanych do stawki standardowej, np. na wyprawkę (w tym w przypadku ciąży i narodzin dziecka) lub wstępne wyposażenie domu (w tym sprzęt gospodarstwa domowego);
- pakiet edukacyjny (*Bildungs- und Teilhabepaket*) dla dzieci i młodzieży obejmujący szczególne potrzeby związane z wycieczkami szkolnymi, osobistymi przyborami szkolnymi, transportem szkolnym, posiłkami w stołówce, aktywnością sportową, kulturalną i wypoczynkową oraz – w pewnych okolicznościach – wsparciem w nauce/studiowaniu.

W jaki sposób można skorzystać ze świadczeń minimalnych z pomocy społecznej?

Świadczenia z pomocy społecznej

Instytucja odpowiedzialna za pomoc społeczną podejmuje decyzję w sprawie wniosku o przyznanie świadczenia. Stałą i całkowitą niezdolność do pracy jako warunek przyznania opartego na potrzebach dodatku do emerytury oraz dodatku z tytułu ograniczonej możliwości zarobkowania (*Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung*) stwierdza państwowa instytucja ubezpieczenia emerytalnego. Instytucja odpowiedzialna za pomoc społeczną posiada służby zewnętrzne badające warunki życia i pracy.

Rozdział XII: Opieka długoterminowa

Kiedy osoba uprawniona ma prawo do opieki długoterminowej?

Świadczenia opieki długoterminowej w przypadku konieczności opieki („zależność”) zapewniane są w Niemczech w ramach ustawowego systemu opieki długoterminowej.

Ubezpieczenie socjalne na wypadek utraty samodzielności (księga XI kodeksu socjalnego, *Sozialgesetzbuch SGB XI*) to niezależny dział zabezpieczenia społecznego obejmujący ryzyko związane z opieką długoterminową w podobny sposób jak ubezpieczenie zdrowotne, ubezpieczenie od wypadków i bezrobocia, jak również ubezpieczenie emerytalno-rentowe. Długa lista świadczeń opieki długoterminowej pozwala złagodzić fizyczne, psychiczne i finansowe obciążenie odczuwane przez osoby wymagające opieki oraz członków ich rodzin wskutek konieczności zapewniania opieki długoterminowej oraz umożliwia im godne życie w zgodzie z ich potrzebami pomimo konieczności sprawowania nad nimi opieki.

Każda osoba objęta ustawowym lub prywatnym ubezpieczeniem zdrowotnym jest automatycznie i obowiązkowo objęta ustawowym lub prywatnym ubezpieczeniem na wypadek utraty samodzielności. Do uzyskania prawa do świadczeń w ramach ustawowego ubezpieczenia na wypadek utraty samodzielności wymagany jest dwuletni okres oczekiwania. Zgodnie z wymogami ustawowego ubezpieczenia na wypadek utraty samodzielności osoba wymaga opieki jeśli wskutek fizycznej, psychicznej lub intelektualnej niepełnosprawności lub choroby wymaga długoterminowej pomocy w wykonywaniu czynności dnia codziennego przez co najmniej sześć miesięcy. Potrzeba opieki obejmuje obszary codziennego utrzymywania higieny osobistej, karmienia, poruszania się, jak również ogólnej opieki i pomocy w domu. Wymiar świadczeń opieki długoterminowej nie jest uzależniony od wieku czy dochodu, ale od zakresu potrzeb określonego przez służby medyczne ubezpieczenia zdrowotnego. Oznacza to, że zasadniczo świadczenia opieki długoterminowej przyznaje się tylko osobom posiadającym co najmniej kategorię I. W przypadku niektórych świadczeń (tzw. „ofert niższego progu”) niezbędny jest niższy poziom potrzeb w zakresie opieki, aby dana osoba była do nich uprawniona.

Osoby o minimalnych potrzebach w zakresie opieki (poniżej 90 minut dziennie) oraz osoby częściowo objęte ubezpieczeniem („*Teilkaskoversicherung*”), którym ograniczone świadczenia nie wystarczają do pokrycia realnych kosztów, mogą w konkretnych przypadkach otrzymywać świadczenia opiekuńcze w ramach systemu pomocy społecznej.

Świadczenia opiekuńcze z pomocy społecznej, tzw. „pomoc na opiekę”, są przyznawane tylko w przypadku zależności finansowej danej osoby, tzn. jeśli osoba potrzebująca pomocy nie może sama ponieść całości kosztów świadczeń opiekuńczych ani przyjąć ich od osób trzecich.

Ponadto ustawowe ubezpieczenie na wypadek utraty samodzielności dla członków rodziny sprawujących opiekę oraz innych nieformalnych opiekunów zapewnia płatność składek na ubezpieczenie, ubezpieczenie od ryzyka wypadków, płatność składek na tytułu utraty pracy w okresach sprawowania opieki, jak również innej świadczenia dodatkowe, np. bezpłatne kursy szkoleniowe, możliwość zapewnienia opieki zastępczej i substytucyjnej itp.

Co obejmuje ubezpieczenie?

Świadczenia rzeczowe

Świadczenia rzeczowe obejmują, oprócz ustawowego uprawnienia do doradztwa w zakresie opieki dla wszystkich, głównie:

- zapewnienie opieki domowej i pomocy w domu przez ośrodki opieki ambulatoryjnej lub opiekunów indywidualnych;
- zryczałtowane świadczenie na pokrycie kosztów opieki w całości w domu opieki (w tym opieki krótkoterminowej (*Kurzzeitpflege*)).

(Dla kategorii III kwota świadczeń rzeczowych wynosi 1 510 (od dnia 1 stycznia 2012 r. – 1 550 EUR), a za tzw. przypadki trudne 1 918 EUR.)

Kwota tych świadczeń uzależniona jest od stopnia uzależnienia od osób trzecich i określana przepisami prawa.

Oprócz tego istnieją świadczenia dodatkowe uzupełniające pomoc w domu, takie jak opieka zastępcza (*Verhinderungspflege*), opieka krótkoterminowa (*Kurzzeitpflege*) oraz opieka dzienna i nocna (*Tages- und Nachtpflege*).

Świadczenia na opiekę domową mogą być również uzupełniane sprzętem i urządzeniami ułatwiającymi świadczenie opieki lub prace w gospodarstwie domowym lub środkami poprawiającymi warunki życia.

Dodatkowe świadczenia opiekuńcze dostępne są dla osób wymagających szerszego zakresu pomocy ogólnej (np. osób z demencją, niepełnosprawnych intelektualnie i cierpiących na choroby psychiczne).

Świadczenia przysługują bez ograniczeń czasowych – tak długo, jak spełnione pozostają określone warunki.

Świadczenia pieniężne

Jeżeli osoba wymagająca opieki pragnie zapewniać ją sobie samodzielnie, może ubiegać się o zasiłek opiekuńczy celem zapewnienia w odpowiedni sposób niezbędnej opieki podstawowej i pomocy w gospodarstwie domowym. Wysokość tego świadczenia różni się w zależności od stopnia uzależnienia od osób trzecich. Dla kategorii III wynosi ono 685 EUR (od dnia 1 stycznia 2012 – 700 EUR).

Świadczenia pieniężne i świadczenia rzeczowe mogą być łączone: jeśli osoba potrzebująca opieki tylko częściowo ubiega się o świadczenia rzeczowe, ma również prawo do otrzymania proporcjonalnego zasiłku opiekuńczego. Oprócz uprawnienia do opieki dziennej dana osoba zachowuje również 50% uprawnienia do odpowiednio świadczeń rzeczowych lub zasiłku na opiekę

Możliwy jest również swobodny wybór pomiędzy świadczeniami rzeczowymi i świadczeniami pieniężnymi.

Świadczenia przysługują bez ograniczeń czasowych – tak długo, jak spełnione pozostają określone warunki.

W jaki sposób można skorzystać z opieki długoterminowej?

Służby medyczne ubezpieczenia zdrowotnego, składające się zasadniczo z lekarzy i specjalistów w zakresie opieki, przeprowadzają ocenę konieczności zapewnienia opieki długoterminowej.

W procedurze oceny uwzględnia się cztery wskaźniki: higienę osobistą, wyżywienie, mobilność i prowadzenie gospodarstwa domowego.

Załącznik: Dane kontaktowe instytucji i adresy przydatnych stron internetowych

Więcej szczegółowych informacji na temat warunków kwalifikujących oraz świadczeń zabezpieczenia społecznego w Niemczech można uzyskać od publicznych instytucji zarządzających systemem zabezpieczenia społecznego.

Pytania dotyczące wpływu na świadczenia, jaki powoduje odprowadzanie składek na ubezpieczenie w co najmniej dwóch państwach członkowskich, należy kierować do następujących instytucji:

Ustawowe ubezpieczenie zdrowotne i ubezpieczenie na wypadek utraty samodzielności

GKV Spitzenverband, Abteilung
Deutsche Verbindungsstelle
Krankenversicherung – Ausland (DVKA)
[Niemiecki organ łącznikowy dla ubezpieczeń zdrowotnych za granicą]
Pennefeldsweg 12 c
53177 Bonn
Tel.: (49-228) 95300
<http://www.dvka.de>

Ubezpieczenia wypadkowe

Deutsche Verbindungsstelle
Unfallversicherung – Ausland
[Centralna federacja towarzystw ubezpieczeń od odpowiedzialności pracodawców przemysłowych]
Alte Heerstr. 111,
53757 Sankt Augustin
Tel.: (49-2241) 231 01
<http://www.dguv.de>

Ubezpieczenie od utraty pracy i świadczenia rodzinne

Bundesagentur für Arbeit
[Federalna agencja zatrudnienia]
Regensburger Straße 104
90478 Nürnberg
Tel.: (49-911) 179 0
<http://www.europaserviceba.de>
<http://www.arbeitsagentur.de>

Organy łącznikowe dla ustawowych ubezpieczeń emerytalnych

Deutsche Rentenversicherung
<http://www.deutsche-rentenversicherung.de>

Grecja, Liechtenstein, Szwajcaria, Cypr
Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
76122 Karlsruhe
Tel.: (49-721) 825 0
oraz
70429 Stuttgart
Tel.: (49-711) 848 0
<http://www.deutsche-rentenversicherung-bw.de>

Polska
Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg
Knobelsdorffstr. 92
14059 Berlin
Tel.: (49-30) 3002 0
<http://www.deutsche-rentenversicherung-berlin-brandenburg.de>

Węgry
Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
Kranichfelder Straße 3
99097 Erfurt
Tel.: (49-361) 482 0

Bułgaria
Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
Paracelsusstraße 21
06114 Halle
Tel.: (49-345) 213 0
<http://www.deutsche-rentenversicherung-mitteldeutschland.de>

Słowenia, Słowacja, Republika Czeska
Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd
84024 Landshut
Tel.: (49-871) 81 0

Austria
Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd
81729 München
Tel.: (49-89) 6781 0
<http://www.deutsche-rentenversicherung-bayernsued.de>

Dania, Finlandia, Norwegia, Szwecja
Deutsche Rentenversicherung Nord
Ziegelstraße 150
23556 Lübeck
Tel.: 0451 485-0

Estonia, Łotwa, Litwa
Deutsche Rentenversicherung Nord
Platanenstr. 43
17033 Neubrandenburg
Tel.: (49-395) 370 0

Irlandia, Wielka Brytania
Deutsche Rentenversicherung Nord
Friedrich-Ebert-Damm 245
22159 Hamburg
Tel.: (49-40) 5300 0
<http://www.deutsche-rentenversicherung-nord.de>

Belgia, Hiszpania
Deutsche Rentenversicherung Rheinland
40194 Düsseldorf
Tel.: (49-211) 937 0
<http://www.deutsche-rentenversicherung-rheinland.de>

Francja, Luksemburg
Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz
Eichendorffstraße 4-6
67346 Speyer
Tel.: (49-6232) 17 0
<http://www.deutsche-rentenversicherung-rlp.de>

Włochy, Malta
Deutsche Rentenversicherung Schwaben
Dieselstr. 9
86154 Augsburg
Tel.: (49-821) 500 0
<http://www.deutsche-rentenversicherung-schwaben.de>

Portugalia
Deutsche Rentenversicherung Nordbayern
Friedenstraße 12/14
97072 Würzburg
Tel.: (49-931) 802 0
<http://www.deutsche-rentenversicherung-nordbayern.de>

Islandia, Holandia
Deutsche Rentenversicherung Westfalen
Gartenstraße 194
48125 Münster
Tel.: (49-251) 238 0
<http://www.deutsche-rentenversicherung-westfalen.de>

Organ łącznikowy dla wszystkich krajów, jeśli składki zapłacono ubezpieczycielowi

Deutsche Rentenversicherung Bund
10704 Berlin
Tel.: (49-30) 865 1
<http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de>

Organ łącznikowy dla górników, kolejarzy i marynarzy

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
Pieperstraße 14-28
44789 Bochum
Tel.: (49-234) 304 0
<http://www.deutsche-rentenversicherung-knappschaft-bahn-see.de>

Organ łącznikowy ds. emerytur rolniczych

Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung
[Organizacja parasolowa ds. rolniczego ubezpieczenia społecznego]
Weißensteinstraße 70-72
34131 Kassel
Tel.: (49-561) 9359 - 0
<http://www.lsv.de>