# OŚWIADCZENIE

**o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej**

**składane przez przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego**

*Oświadczenie wypełnia się czytelnie pismem ręcznym, maszynowym lub komputerowym*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. Składający oświadczenie** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Imię i nazwisko | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 2. Adres zamieszkania | | | | ulica | | | | | | nr domu | | | | nr mieszkania | | |
| kod i miejscowość | | | | | | | | | | | | |
| 3. Numer PESEL (jeżeli został nadany) | | | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 4. Dokument potwierdzający tożsamość | rodzaj | | | □ dowód osobisty □ paszport □ prawo jazdy  □ karta pobytu1) □ dokument podróży2) | | | | | | | | | | | | |
| seria i numer | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 5. Działając jako : □ rodzic □ inny niż rodzic przedstawiciel ustawowy □ opiekun prawny □ opiekun faktyczny3) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **II. Osoba, której dotyczy składane oświadczenie** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Imię i nazwisko | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Adres zamieszkania | | | ulica | | | | | | | nr domu | | | | nr mieszkania | | |
| kod | | | | | | | miejscowość | | | | | | |
| 3. Numer PESEL (jeżeli został nadany) | | |  | |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 4. Dokument potwierdzający tożsamość | rodzaj | | □ dowód osobisty □ paszport □ prawo jazdy □ legitymacja szkolna  □ karta pobytu4) □ dokument podróży5) | | | | | | | | | | | | | |
| seria i numer | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **III. Treść oświadczenia** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ………………………………………… (imię i nazwisko) posiada prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Podpis osoby składającej oświadczenie | | 2. Data złożenia oświadczenia  (rrrr/mm/dd) | | | | | | | 3. Data udzielenia świadczenia - wypełniane tylko w przypadku, gdy oświadczenie nie jest składane w dniu udzielania świadczenia 6)    od do  (rrrr/mm/dd) (rrrr/mm/dd) | | | | | | | |
| **IV. Podstawa prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.)**: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym  □ uzyskanie decyzji, o której mowa w art. 54 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 7)  □ art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 8) □ art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 9) □ art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 10) □ art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 11) □ art. 67 ust. 4–7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 12) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13)  **V. Świadczeniodawca przyjmujący oświadczenie** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Stwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument potwierdzający tożsamość, wpisanych w oświadczeniu: 1) osoby składającej oświadczenie, 2) osoby, której dotyczy oświadczenie - z okazanymi mi dokumentami. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Pieczątka lub nadruk zawierające dane adresowe świadczeniodawcy oraz numer umowy z Narodowym Funduszem  Zdrowia | | | 2. Imię i nazwisko oraz podpis świadczeniodawcy lub osoby przyjmującej oświadczenie w imieniu świadczeniodawcy | | | | | | | | | | 3. Data (rrrr/mm/dd) | | | |

**OBJAŚNIENIA**

1) Karta pobytu, o której mowa w ustawie z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz. U. poz. 1650, z późn. zm.) - w przypadku osoby, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. 2) Dokument podróży, o którym mowa w ustawie z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach - w przypadku osoby posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która uzyskała zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, albo dokument podróży przewidziany w Konwencji Genewskiej, o którym mowa w ustawie z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2012 r. poz.

680, z późn. zm.) - w przypadku osoby posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy.

3) Opiekunem faktycznym jest każda osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga. 4) patrz przypis nr 1. 5) patrz przypis nr 2.

1. Zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, oświadczenie może zostać złożone w terminie późniejszym.
2. Dotyczy decyzji wójta (burmistrza, prezydenta) potwierdzającej prawo danej osoby do świadczeń opieki zdrowotnej.
3. Dotyczy osoby, która posiada obywatelstwo polskie i nie ukończyła 18. roku życia. Należy zaznaczyć tylko w przypadku, gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.
4. Dotyczy osoby, która nie ukończyła 18. roku życia, posiada miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach. Należy zaznaczyć tylko w przypadku, gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.
5. Dotyczy osoby w okresie ciąży, porodu lub połogu oraz posiadającej obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Należy zaznaczyć tylko w przypadku gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.
6. Dotyczy osoby w okresie ciąży, porodu lub połogu, posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach. Należy zaznaczyć tylko w przypadku, gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym. 12) Dotyczy osoby, która po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia zachowała prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie:
7. art. 67 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - w okresie 30 dni od wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia,
8. art. 67 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - ukończyła szkołę:

* ponadgimnazjalną - w okresie 6 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy uczniów,
* wyższą - w okresie 4 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy studentów,

1. art. 67 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - pobiera zasiłek przyznany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym lub jest członkiem rodziny osoby pobierającej ten zasiłek - w okresie pobierania tego zasiłku,
2. art. 67 ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - ubiega się o przyznanie emerytury lub renty lub jest członkiem rodziny osoby ubiegającej się o przyznanie emerytury lub renty – w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń.

13) Świadczeniodawca lub niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 345).

# POUCZENIE

Zgodnie z art. 50 ust. 16 pkt 2 i ust. 17 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w przypadku złożenia oświadczenia pomimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, jest obowiązana do uiszczenia kosztów tego świadczenia, chyba że w chwili składania oświadczenia działała w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu, że posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.