

OŚWIADCZENIE

o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej

| I. Składający oświadczenie | | | |
|---|--|--|--|
| 1. Imię i nazwisko | | | |
| 2. Adres zamieszkania | ulica | nr domu | nr mieszkania |
| kod i miejscowość | | | |
| 3. Nr PESEL (jeżeli został nadany) | | | |
| 4. Dokument potwierdzający tożsamość | rodzaj | <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> prawo jazdy <input type="checkbox"/> paszport | |
| | seria i numer | | |
| II. Treść oświadczenia | | | |
| <i>Posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</i> | | | |
| 1. Podpis osoby składającej oświadczenie | 2. Data złożenia oświadczenia (dd/mm/rrrr) | 3. Numer oświadczenia | 3. Data udzielenia świadczenia - wypełniane tylko w przypadku gdy świadczenie nie jest składane w dniu udzielenia świadczenia 1 od (dd/mm/rrrr) do (dd/mm/rrrr) |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| III. 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. Z2008 r. Nr 164, poz 1027, z późn. zm): | | | |
| <input type="checkbox"/> objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym <input type="checkbox"/> u zyskanie decyzji, o której mowa w art. 54 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 2 <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. B ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 3 <input type="checkbox"/> art. 67 ust. 4-7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 4 | | | |
| IV. Świadczeniodawca przyjmujący oświadczenie | | | |
| <i>Stwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument potwierdzający tożsamość, wpisanych w oświadczeniu z okazanym mi dokumentem.</i> | | | |
| 1. Pieczętka adresowa świadczeniodawcy uwzględniająca numer umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia | 2. Imię i nazwisko oraz podpis świadczeniodawcy lub osoby przyjmującej oświadczenie w imieniu Świadczeniodawcy | 3. Data (dd/mm/rrrr) | |
| Family Medicine Anna Bartkowska ul. Młynarska 6; 83-031 Ciepłowo | | | |

OBJAŚNIENIA

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 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.

4) Dotyczy osoby, która po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia zachowała prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie:

a) 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,

b) 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,

c) 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,

d) 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.

5) 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. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.).

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.

Jak prawidłowo wypełnić oświadczenie?
Wzór poniżej
OŚWIADCZENIE
o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej

| I. Składający oświadczenie | | | |
|---|--|--|---|
| 1. Imię i nazwisko | <i>Anna Kowalska</i> | | |
| 2. Adres zamieszkania | ulica <i>Pogodna</i> | nr domu <i>7</i> | nr mieszkania <i>2</i> |
| kod i miejscowość <i>80-156 Gdańsk</i> | | | |
| 3. Nr PESEL (jeżeli został nadany) | <i>1</i> | <i>2</i> | <i>1 2 1 2 1 2 7 7 7 7 7</i> |
| 4. Dokument potwierdzający tożsamość | rodzaj | <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> prawo jazdy <input type="checkbox"/> paszport | |
| | seria i numer | <i>ZZA 402189</i> | |
| II. Treść oświadczenia | | | |
| <i>Posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</i> | | | |
| 1. Podpis osoby składającej oświadczenie | 2. Data złożenia oświadczenia (dd/mm/rrrr) | 3. Numer oświadczenia | 3. Data udzielenia świadczenia - wypełniane tylko w przypadku gdy świadczenie nie jest składane w dniu udzielania świadczenia 1 od do (dd/mm/rrrr) (dd/mm/rrrr) |
| <i>Anna Kowalska</i> | | | |
| <i>Anna Kowalska</i> | | | |
| <i>Anna Kowalska</i> | | | |
| <i>Anna Kowalska</i> | | | |
| <i>Anna Kowalska</i> | | | |
| <i>Anna Kowalska</i> | | | |
| III. 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. Z2008 r. Nr 164, poz 1027, z późn. zm): | | | |
| <input type="checkbox"/> objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym <input type="checkbox"/> u zyskanie decyzji, o której mowa w art. 54 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 2 <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. B ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 3 <input type="checkbox"/> art. 67 ust. 4-7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 4 | | | |
| IV. Świadczeniodawca przyjmujący oświadczenie | | | |
| <i>Stwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument potwierdzający tożsamość, wpisanych w oświadczeniu z okazanym mi dokumentem.</i> | | | |
| 1. Pieczętka adresowa świadczeniodawcy uwzględniająca numer umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia | 2. Imię i nazwisko oraz podpis świadczeniodawcy lub osoby przyjmującej oświadczenie w imieniu Świadczeniodawcy | 3. Data (dd/mm/rrrr) | |
| Family Medicine Anna Bartkowska ul. Młynarska 6; 83-031 Ciepłowo | | | |