

....., dnia.....

**Zespół Opieki Zdrowotnej w Knurowie ul.
Niepodległości 8, 44-190 Knurów**

OŚWIADCZENIE

o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej

(Oświadczenie wypełnia się czytelnie pismem ręcznym, maszynowym lub komputerowym)

Uwaga: Oświadczenie nie potwierdza prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku osoby, która jest ubezpieczona w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) ¹⁾

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 pobytu ²⁾	
		- dokument podróży ³⁾ - zgoda na pobyt tolerowany ⁴⁾	
		- polski dokument tożsamości cudzoziemca ⁵⁾	
		seria i numer	
II. Treść oświadczenia			
Posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.			
I. 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 udzielenia świadczenia ⁶⁾ od.....do..... (rrrr/mm/dd) do (rrrr/mm/dd)
III. Podstawa prawna 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 2020 r. oz. 1398, z późn. zm.):			
- objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w Rzeczypospolitej Polskiej			
- uzyskanie decyzji, o której mowa w art. 54 ust. 1 tej ustawy ⁷⁾			
- art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. a tej ustawy ⁸⁾			
- art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. b tej ustawy ⁹⁾			
- art. 67 ust. 4--7 tej ustawy ¹⁰⁾			
IV. Świadczeniodawca albo niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona którzy przyjmują oświadczenie			
Stwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument potwierdzający tożsamość, wpisanych w oświadczeniu z okazanym mi dokumentem.			
I. Dane identyfikujące świadczeniodawcę albo niebędąca świadczeniodawcą osobę uprawnioną ¹¹⁾	2. Imię i nazwisko oraz podpis osoby przyjmującej oświadczenie ¹²⁾		3. Data (rrrr/mm/dd)

* Właściwe zaznaczyć.

Administratorem Państwa danych osobowych jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Knurowie z siedzibą: 44-190 Knurów, ul. Niepodległości 8. Dane są przetwarzane w celu realizacji niniejszego dokumentu, nie będą one przekazywane do państw trzecich. Decyzje o ich przetwarzaniu nie są podejmowane w sposób zautomatyzowany.

Mają Państwo prawo wglądu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia (o ile przepisy prawa nie stanowią inaczej), ograniczenia przetwarzania, sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do przenoszenia. W razie stwierdzenia nieprawidłowości w procesie przetwarzania danych mają Państwo prawo wnieść skargę do organu nadzorczego (Urząd Ochrony Danych Osobowych).

Dane kontaktowe:

- Inspektor Ochrony Danych Osobowych: iod@zozknurow.pl
- Administrator Danych Osobowych: sekretariat@zozknurow.pl

.....
(czytelny podpis osoby pacjenta)

OBJAŚNIENIA

- ¹⁾ Zgodnie z art. 53 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dokumentem potwierdzającym prawo do Świadczeń opieki zdrowotnej osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji jest poświadczenie wydawane przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub dokument potwierdzający prawo do tych świadczeń, wystawiony przez zagraniczną instytucję właściwą.
- ²⁾ Karta pobytu, o której mowa w:
- a) ustawie z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielenia cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1666, z późn. zm.) — w' przypadku osoby, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - b) ustawie z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz. U. z 2020 r. poz. 35, z późn. zm.) — w przypadku:
 - osoby, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d tej ustawy, posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - posiadającej status ubezpieczonego osoby nieposiadającej obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, lub Konfederacji Szwajcarskiej, która przebywa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie zezwolenia na pobyt czasowy z wyłączeniem zezwolenia udzielonego na podstawie art. 181 ust. 1 tej ustawy, zezwolenia na pobyt stały, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Unii Europejskiej albo zgody na pobyt ze względów humanitarnych. Dokument podróży, w rozumieniu art. 3 pkt 3 ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, w przypadku posiadającego status ubezpieczonego cudzoziemca lub obywatela państwa członkowskiego Unii Europejskiej, państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) — strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, lub Konfederacji Szwajcarskiej 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 — w przypadku osoby posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy.
- 4) Dokument potwierdzający posiadanie zgody na pobyt tolerowany o nazwie „zgoda na pobyt tolerowany”, o którym mowa w ustawie z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach — w przypadku posiadającej status ubezpieczonego osoby nieposiadającej obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EHA) — strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, lub Konfederacji Szwajcarskiej, która przebywa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie zgody na pobyt tolerowany.
- ⁵⁾ Polski dokument tożsamości cudzoziemca, o którym mowa w art. 260—261 ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach.
- ⁶⁾ Zgodnie z art. 50 ust. 1 1 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 to może zostać złożone w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania Świadczenia opieki zdrowotnej, a jeżeli świadczenie to jest udzielane w oddziale szpitalnym — w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej — pod rygorem obciążenia kosztami udzielonych świadczeń. W przypadku złożenia oświadczenia w terminie późniejszym, jednak nie dłuższym niż 1 rok od dnia upływu wskazanych terminów, świadczeniobiorca może ubiegać się u świadczeniodawcy o zwolnienie z obowiązku poniesienia kosztów udzielonego Świadczenia albo o zwrot tych kosztów.
- ⁷⁾ Dotyczy decyzji wójta (burmistrza, prezydenta) potwierdzającej prawo danej osoby do świadczeń opieki zdrowotnej. Decyzję tę, zgodnie z art. 54 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o Świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, może uzyskać osoba inna niż ubezpieczona, która spełnia łącznie poniższe warunki:
- a) posiada miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

- b) posiada obywatelstwo polskie lub 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,
 - c) spełnia kryterium dochodowe, o którym mowa w art 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876, z późn. zm.), i co do której nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy.
- ⁸⁾ Dotyczy osoby w okresie ciąży, porodu lub połogu, posiadającej obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Należy zaznaczyć tylko w przypadku, gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.
- ⁹⁾ 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.
- ¹⁰⁾ Dotyczy osoby, która po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego 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 dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego,
 - b) art. 67 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r, o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i ukończyła:
 - szkołę ponadpodstawową — w okresie 6 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy uczniów,
 - stadia lub szkołę doktorską — w okresie 4 miesięcy od dnia ich ukończenia albo skreślenia z listy studentów lub listy doktorantów,
 - c) art. 67 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r, o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i 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 i 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.
- ¹¹⁾ W przypadku świadczeniodawcy:
- a) nazwa (firma),
 - b) adres siedziby,
 - c) numer umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia. W przypadku niebędącej Świadczeniodawcą osoby uprawnionej:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) numer prawa wykonywania zawodu,
 - c) kod przynależności do danej grupy zawodowej niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust, 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- ¹²⁾ Świadczeniodawcy albo niebędącej Świadczeniodawcą osoby uprawnionej, albo osoby przyjmującej oświadczenie w imieniu świadczeniodawcy albo niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej.

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, z wyłączeniem świadczenia gwarantowanego z zakresu podstawowej 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.

