

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

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

OŚWIADCZENIE

o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej składane przez przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego

(Oświadczenie wypełnia się czytelnie pismem ręcznym, masowym 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)													
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%; height: 20px;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> </tr> </table>													
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												
5. Działając jako*: - rodzic - inny niż rodzic przedstawiciel ustawowy - opiekun prawny - opiekun faktyczny													
II. Osoba której dotyczy składane oświadczenie													
1. Imię i nazwisko													
2. Adres zamieszkania		ulica	nr domu										
		nr mieszkania											
		kod i miejscowość											
3. Numer PESEL jeżeli został nadany													
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%; height: 20px;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> </tr> </table>													
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												
III. Treść oświadczenia													
..... (imię i nazwisko osoby, której dotyczy składane oświadczenie) posiada prawo do korzystania ze świadczeń o 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 udzielenia świadczenia ⁷⁾ od.....do.....rrrr/mm/dd											
IV. 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 ⁸⁾ - art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a tej ustawy ⁹⁾ - art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. b tej ustawy ¹⁰⁾ - art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. a tej ustawy ¹¹⁾ - art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. b tej ustawy ¹²⁾ - art. 67 ust. 4—7 tej ustawy ¹³⁾													

V. Świadczeniodawca albo niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona, którzy przyjmują oświadczenie		
Stwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument potwierdzający tożsamość, wpisanych w oświadczeniu z okazanymi mi dokumentami.		
1. Dane identyfikujące świadczeniodawcę albo niebędąca świadczeniodawcą osobę uprawnioną ¹⁴⁾ (nadruk albo pieczętka):	2. Imię i nazwisko oraz podpis osoby przyjmującej oświadczenie	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 udzielaniu 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 zwolnienia 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.
- ³⁾ 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 (EFTA) — 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⁾ Opiekunem faktycznym jest każda osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad Opiekunem faktycznym pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga.
- ⁷⁾ Zgodnie z art. 50 ust. 1 i 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. 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.
- ⁸⁾ 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.
- ⁹⁾ Dotyczy osoby, która posiada obywatelstwo polskie i nie ukończyła 18. roku życia. Należy zaznaczyć tylko w przypadku, gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.
- ¹⁰⁾ 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,
- ¹¹⁾ 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.
- ¹²⁾ 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.

¹³⁾ 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,
 - studia 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 renty¹ — w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń.

¹⁴⁾ 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.

¹⁵⁾ 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.