

## OŚWIADCZENIE

### o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |               |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |               |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------|--|
| <b>I. Składający oświadczenie</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |               |  |
| 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        | <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport<br><input type="checkbox"/> prawo jazdy |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |               |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | seria i numer |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |               |  |
| <b>II. Treść oświadczenia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |               |  |
| <i>Posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |               |  |
| 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 <sup>1)</sup><br><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>od (rrrr/mm/dd)</span> <span>do (rrrr/mm/dd)</span> </div> |  |               |  |
| <b>III. Podstawa prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b> - 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):<br><br><input type="checkbox"/> objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym<br><input type="checkbox"/> uzyskanie decyzji, o której mowa w art. 54 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych <sup>2)</sup><br><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 <sup>3)</sup><br><input type="checkbox"/> art. 67 ust. 4–7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych <sup>4)</sup> |               |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |               |  |
| <b>IV. Świadczeniodawca<sup>5)</sup> przyjmujący oświadczenie</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |                                                                                                                   |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |               |  |
| <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 (rrrr/mm/dd)                                                                                                                                                                                                                                                              |  |               |  |

## OBJAŚNIENIA

<sup>1)</sup> 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.

<sup>2)</sup> Dotyczy decyzji wójta (burmistrza, prezydenta) potwierdzającej prawo danej osoby do świadczeń opieki zdrowotnej.

<sup>3)</sup> 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.

<sup>4)</sup> 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.

<sup>5)</sup> 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.