

WZÓR

CZĘŚĆ I

**WNIOSEK DO DYREKTORA ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
LUB DO PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
O POKRYCIE KOSZTÓW TRANSPORTU DO MIEJSCA LECZENIA LUB ZAMIESZKANIA W KRAJU**

INSTRUKCJA

- a. Wniosek należy WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI,
- b. Osoby uprawnione do ubiegania się o pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju oraz osoby uprawnione do składania niniejszego wniosku zostały wskazane w art. 42i ust. 1 oraz art. 42j ust. 1 ustawy 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.),
- c. Część I.A i III wniosku wypełnia oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, zwany dalej „oddziałem Funduszu” albo centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, zwana dalej „centralą Funduszu”.
- d. Część I.B., część II.A,B,C oraz część IV wniosku wypełnia osoba składająca wniosek.

UWAGA:

- a. Wniosek z wypełnioną częścią I, II i IV oraz - w odpowiednim przypadku - kopią dokumentacji medycznej i wstępnym kosztorysem dalszego leczenia sporządzonymi przez szpital znajdujący się na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanego dalej "państwem członkowskim UE/EFTA", w którym aktualnie przebywa osoba, której dotyczy wniosek, składa się w oddziale Funduszu albo w centrali Funduszu¹
- b. W przypadku dokumentacji medycznej i wstępnego kosztorysu dalszego leczenia sporządzonych w języku obcym, do wniosku dołącza się tłumaczenie tych dokumentów na język polski; tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego.

I. A. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKU

Data wpływu wniosku do oddziału Funduszu/ centrali Funduszu: (dd/mm/rrrr)	Imię i nazwisko/ pieczęć/ podpis osoby przyjmującej wniosek:
Numer identyfikacyjny wniosku:	Pieczęć oddziału Funduszu/ komórki organizacyjnej centrali Funduszu:

I. B. PRZEDMIOT WNIOSKU:

(proszę zakreślić odpowiednie pola)

1. pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju, w przypadku wydania zgody przez dyrektora oddziału Funduszu na uzyskanie w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/EFTA świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację, w przypadku świadczeń udzielanych zgodnie z przepisami o koordynacji²
2. pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia w kraju, w przypadku, gdy wnioskodawcy zostały udzielone na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE/EFTA świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji³
3. pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju, w przypadku uzyskania skierowania przez Prezesa Funduszu do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych - w przypadku leczenia lub badań diagnostycznych należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju⁴

¹ Podstawa prawna: odpowiednio art. 42i ust. 3 lub art. 42j ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

² Podstawa prawna: art. 42i ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

³ Podstawa prawna: art. 42i ust. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

⁴ Podstawa prawna: art. 42j ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

CZĘŚĆ II		
II. A. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK		
1.	Imię i nazwisko:	
2.	Numer PESEL (w przypadku gdy nie nadano nr PESEL - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość):	
3.	Data urodzenia:	
4.	Adres miejsca zamieszkania:	
5.	Adres do korespondencji (wypełnić w przypadku gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):	
6.	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej ⁵ :	
II. B. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK (wypełnić, jeśli wniosku nie składa osoba, której dotyczy wniosek)		
1.	Imię i nazwisko:	
2.	Numer PESEL (w przypadku gdy nie nadano nr PESEL- numer dokumentu potwierdzającego tożsamość):	
3.	Data urodzenia:	
4.	Adres miejsca zamieszkania/ nazwa i adres instytucji ⁶ :	
5.	Adres do korespondencji (wypełnić w przypadku gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):	
6.	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej ⁵ :	
II. C. MIEJSCE LECZENIA POZA GRANICAMI KRAJU/MIEJSCE LECZENIA LUB ZAMIESZKANIA W KRAJU		
1.	Wskazanie aktualnego miejsca leczenia poza granicami kraju – podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/EFTA lub w innym państwie niż państwo członkowskie UE/EFTA, w którym przebywa osoba, której dotyczy wniosek:	<p>- w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/EFTA: (pełna nazwa i dane kontaktowe podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych – państwo, adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej)</p> <p>- w innym państwie niż państwo członkowskie UE/EFTA:</p>

⁵ Jeżeli posiada.

⁶ W przypadku, gdy wniosek składa przedstawiciel instytucji, o której mowa w art. 42i ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, podaje się nazwę oraz adres instytucji.

		<p>.....</p> <p>.....</p> <p>(pełna nazwa i dane kontaktowe podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych – państwo, adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej)</p>
2.	Wskazanie miejsca leczenia w kraju, jeżeli wniosek dotyczy pokrycia kosztów transportu do miejsca leczenia w kraju ⁷ :	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(pełna nazwa i dane kontaktowe świadczeniodawcy w kraju – adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej)</p>
3.	Wskazanie miejsca zamieszkania w kraju, do którego ma zostać przewieziona osoba, której dotyczy wniosek:	

⁷ Należy wypełnić obowiązkowo, gdy wniosek dotyczy pokrycia kosztów transportu do miejsca leczenia w kraju, w przypadku gdy wnioskodawcy zostały udzielone na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE/EFTA świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji.

CZĘŚĆ III

1.	Imię i nazwisko osoby, której dotyczy wniosek:	
2.	Numer PESEL (w przypadku gdy nie nadano nr PESEL- numer dokumentu potwierdzającego tożsamość):	
3.	Data urodzenia:	
4.	Adres miejsca zamieszkania:	
5.	Adres do korespondencji (wypełnić w przypadku gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):	
6.	Opinia zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, w którym przebywa osoba, której dotyczy wniosek, w zakresie wymogu zastosowania określonego środka transportu w aktualnym stanie zdrowia tej osoby ⁸ :	
7.	Środek transportu i koszty transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju: (środek transportu) (koszty transportu)
8.	Miejscowość:.....Data:..... (dd/mm/rr) Podpis i pieczęć pracownika właściwej komórki organizacyjnej oddziału Funduszu/ centrali Funduszu: Pieczęć właściwej komórki organizacyjnej Oddziału Funduszu/ centrali Funduszu:	

⁸ Wypełnia oddział Funduszu po uzyskaniu potwierdzenia zagranicznej placówki opieki medycznej, że stan zdrowia wnioskodawcy wymaga zastosowania określonego środka transportu.

CZĘŚĆ IV - SPIS ZAŁĄCZNIKÓW

Do niniejszego wniosku załączam następujące dokumenty (rodzaj, ilość ark.):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

OŚWIADCZENIE

Świadomy/ świadoma odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Funduszu o zmianach, które nastąpią w trakcie rozpatrywania wniosku, w szczególności dotyczących danych osobowych lub ubezpieczeniowych.

Miejscowość:.....Data:.....Czytelny podpis osoby składającej wniosek:.....
(dd/mm/rrrr)