

OŚWIADCZENIE

o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej

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	<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport
			<input type="checkbox"/> prawo jazdy
		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 (rrrr/mm/dd)	3. Data udzielenia świadczenia – wypełniane tylko w przypadku gdy oświadczenie nie jest składane w dniu udzielania świadczenia ¹⁾	
		od (rrrr/mm/dd)	do (rrrr/mm/dd)
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. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm):			
<input type="checkbox"/> objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym			
<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 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 ⁵⁾ 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 (rrrr/mm/dd)	

Osoby:

- w okresie 30 dni od wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia (np. wygaśnięcia umowy o pracę);
- w okresie 6 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy uczniów szkoły ponadgimnazjalnej;
- w okresie 4 miesięcy od dnia zakończenia studiów wyższych albo skreślenia z listy studentów;
- którym wygasło ubezpieczenie, ubiegające się o przyznanie emerytury lub renty albo członkowie rodziny osoby ubiegającej się o przyznanie emerytury lub renty – w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń;
- którym wygasło ubezpieczenie, pobierające zasiłek przyznany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym.

Kobiety posiadające obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania w Polsce, będące w okresie ciąży, porodu lub połogu - tylko w przypadku gdy nie są objęte ubezpieczeniem zdrowotnym.

Osoby posiadające obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania w Polsce oraz spełniające warunki uprawniające do otrzymywania świadczeń z pomocy społecznej, które mają decyzję wójta (burmistrza, prezydenta).

Osoby ubezpieczone, np.:

- osoby zatrudnione na umowę o pracę lub umowę zlecenie;
- emeryci i renciści;
- rolnicy;
- osoby prowadzące działalność gospodarczą;
- osoby ubezpieczone dobrowolnie w NFZ;
- bezrobotni zarejestrowani w Urzędzie Pracy;
- zgłoszeni do ubezpieczenia członkowie rodzin osób ubezpieczonych.