

OŚWIADCZENIE

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

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		
5. Działając jako*: ☐ rodzic ☐ inny niż rodzic przedstawiciel ustawowy ☐ opiekun prawny ☐ opiekun faktyczny ⁶⁾			
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)			
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 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) (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 2021 r. poz. 1285, 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 3 lit. c tej ustawy ¹¹⁾ ☐ art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. a tej ustawy ¹²⁾ ☐ art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. b tej ustawy ¹³⁾ ☐ art. 67 ust. 4–7 tej ustawy ¹⁴⁾			

V. Świadczeniodawca albo niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona przyjmujący oświadczenie

Stwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument potwierdzający tożsamość wpisanych w oświadczeniu z okazanymi mi dokumentami.

1. Dane identyfikujące świadczeniodawcę albo niebędącą świadczeniodawcą osobę uprawnioną¹⁵⁾
(nadruk albo pieczętka):

2. Imię i nazwisko oraz podpis osoby przyjmującej oświadczenie¹⁶⁾

3. Data (rrrr/mm/dd)

* Właściwe zaznaczyć.