



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 18 grudnia 2012 r.

Poz. 1421

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 11 grudnia 2012 r.

w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 50 ust. 10 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.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Wzór oświadczenia o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej składanego przez:

- 1) świadczeniobiorcę, w przypadku, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”, określa załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego, w przypadku, o którym mowa w art. 50 ust. 9 ustawy, określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2013 r.

Minister Zdrowia: *B.A. Arłukowicz*

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378 oraz z 2012 r. poz. 123, 1016 i 1342.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 11 grudnia 2012 r. (poz. 1421)

Załącznik nr 1

WZÓR

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 |
| | | seria i numer | <input type="checkbox"/> prawo jazdy |
| 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. Świadczeniodawca⁵⁾ 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) | |

OBJAŚNIENIA

¹⁾ 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.

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

³⁾ 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.

⁴⁾ 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.
- ⁵⁾ 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.

WZÓR

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

| 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 |
| | numer | <input type="checkbox"/> prawo jazdy | |
| 5. Działając jako: <input type="checkbox"/> rodzic <input type="checkbox"/> inny niż rodzic przedstawiciel ustawowy <input type="checkbox"/> opiekun prawny <input type="checkbox"/> opiekun faktyczny ¹⁾ | | | |
| II. Osoba, której dotyczy składane oświadczenie | | | |
| 1. Imię i nazwisko | | | |
| 2. Adres zamieszkania | | ulica | nr domu |
| | | nr mieszkania | |
| | | kod | miejscowość |
| 3. Numer PESEL (jeżeli został nadany) | | | |
| 4. Dokument potwierdzający tożsamość | rodzaj | <input type="checkbox"/> dowód osobisty | <input type="checkbox"/> paszport |
| | numer | <input type="checkbox"/> prawo jazdy | <input type="checkbox"/> legitymacja szkolna |
| III. Treść oświadczenia | | | |
| (imię i nazwisko) 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 (rrrr/mm/dd) – wypełniane tylko w przypadku, gdy oświadczenie nie jest składane w dniu udzielania świadczenia ²⁾ | |
| | | od | do |
| | | (rrrr/mm/dd) | (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 ³⁾ <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ⁴⁾ <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 ⁵⁾ <input type="checkbox"/> art. 67 ust. 4–7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ⁶⁾ | | | |
| V. Świadczeniodawca⁷⁾ przyjmujący oświadczenie | | | |
| Stwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument potwierdzający tożsamość wpisanych w oświadczeniu: | | | |
| 1) osoby składającej oświadczenie, | | | |
| 2) osoby, której dotyczy oświadczenie | | | |
| – z okazanymi mi dokumentami. | | | |

| | | |
|---|--|----------------------|
| 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

¹⁾ Opiekunem faktycznym jest każda osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga.

²⁾ 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.

³⁾ Dotyczy decyzji wójta (burmistrza, prezydenta) potwierdzającej prawo danej osoby do świadczeń opieki zdrowotnej.

⁴⁾ Dotyczy osoby, która posiada obywatelstwo polskie i nie ukończyła 18. roku życia. Należy zaznaczyć tylko w przypadku, gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.

⁵⁾ 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.

⁶⁾ 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.

⁷⁾ 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.