

CZĘŚĆ I

WNIOSEK DO PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA O WYDANIE ZGODY NA POKRYCIE KOSZTÓW TRANSPORTU POWROTNEGO DO 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 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.),
- c. Część I.A i III wniosku wypełnia Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”,
- d. Część I.B oraz części II i IV wniosku wypełnia osoba składająca wniosek.

UWAGA:

- a. Wniosek z wypełnioną częścią I.B, II i IV oraz – w odpowiednim przypadku – kopią dokumentacji medycznej i wstępnym kosztorysem dalszego leczenia sporządzonymi przez zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych znajdujący się na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanych dalej „państwami członkowskimi UE lub EFTA”, w którym aktualnie przebywa osoba, której dotyczy wniosek, składa się do Prezesa Funduszu.
- b. Wniosek może zostać złożony również w formie dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym albo podpisem zaufanym.¹⁾ Załączniki mogą być odwzorowane cyfrowo.
- c. W przypadku dokumentacji medycznej i wstępnego kosztorysu dalszego leczenia sporządzonych w języku obcym, do wniosku dołącza się tłumaczenie tych dokumentów na język polski.

I.A. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKU

Data wpływu wniosku do Funduszu: (dd/mm/rr)	Imię i nazwisko oraz czytelny podpis pracownika przyjmującego wniosek:
Numer identyfikacyjny wniosku:	Oznaczenie komórki organizacyjnej Funduszu przyjmującej wniosek:

I.B. PRZEDMIOT WNIOSKU:

(proszę zakreślić odpowiednie pola)

1. ☐ pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń lub zamieszkania w kraju, w przypadku wydania zgody przez Prezesa Funduszu na uzyskanie w innym państwie członkowskim UE lub EFTA świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację, w przypadku świadczeń udzielanych zgodnie z przepisami o koordynacji
2. ☐ pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia w kraju, w przypadku, gdy wnioskodawcy zostały udzielone na terytorium państwa członkowskiego UE lub EFTA świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji
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 kraju

CZĘŚĆ II

II.A. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK

1.	Imię i nazwisko:	
2.	Numer PESEL, a w przypadku jego braku – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia:	
3.	Adres zamieszkania:	3a. Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):
4.	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej (w przypadku posiadania):	

¹⁾ Złożenie kwalifikowanego podpisu elektronicznego, podpisu osobistego albo podpisu zaufanego w odpowiednim polu w części VI wniosku jest tożsame ze złożeniem podpisu w miejscu przeznaczonym na podpis tradycyjny.

II.B. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK	
(wypełnić, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba upoważniona przez świadczeniobiorcę):	
5.	Imię i nazwisko:
6.	Numer PESEL, a w przypadku jego braku – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia:
7.	<div>Adres zamieszkania:</div> <div>7a. Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):</div>
8.	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej (w przypadku posiadania):
II.C. MIEJSCE UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ POZA GRANICAMI KRAJU / MIEJSCE LECZENIA LUB ZAMIESZKANIA W KRAJU	
1.	Wskazanie aktualnego miejsca udzielenia świadczeń poza granicami kraju (pełna nazwa i dane kontaktowe zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych – państwo, adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej):
2.	Wskazanie miejsca leczenia w kraju, jeżeli wniosek dotyczy pokrycia kosztów transportu do miejsca leczenia:
3.	Wskazanie miejsca zamieszkania w kraju, do którego ma zostać przewieziona osoba, której dotyczy wniosek:

CZĘŚĆ III	
1.	Imię i nazwisko osoby, której dotyczy wniosek:
2.	Numer PESEL, a w przypadku jego braku – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia osoby, której dotyczy wniosek:
3.	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 (wypełnia Fundusz po uzyskaniu potwierdzenia zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, że stan zdrowia wnioskodawcy wymaga zastosowania określonego środka transportu.):
4.	<div>Środek transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju:</div> <div>Koszty transportu:</div>
5.	<div>Oznaczenie komórki organizacyjnej Funduszu wypełniającej wniosek:</div> <div>Czytelny podpis osoby wypełniającej:</div> <div>Miejscowość: Data: (dd/mm/rr)</div>

CZEŚĆ IV

Do niniejszego wniosku załączam następujące dokumenty (rodzaj, liczba arkuszy):

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jestem świadomy/ma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.²⁾

Miejscowość: Data:
(dd/mm/rr)

Czytelny podpis osoby składającej wniosek:

_____ kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis osobisty albo podpis zaufany osoby składającej wniosek:

²⁾ Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia na podstawie art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 i 1517).

W przypadku zmian w zakresie podanych danych, które nastąpiły w trakcie rozpatrywania wniosku, w szczególności dotyczących danych osobowych lub ubezpieczeniowych, Fundusz zwraca się z prośbą o niezwłoczne poinformowanie o tych zmianach, w celu sprawnego rozpatrzenia wniosku.