

WSKAZÓWKI

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 <i>DANE RODZICA (osoby ubezpieczającej)</i>			
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		* <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> prawo jazdy	
rodzaj*		<input type="checkbox"/> karta pobytu ²⁾ <input type="checkbox"/> dokument podróży ³⁾ <input type="checkbox"/> zgoda na pobyt tolerowany ⁴⁾ <input type="checkbox"/> polski dokument tożsamości cudzoziemca ⁵⁾	
seria i numer			
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 ⁶⁾			
II. Osoba, której dotyczy składane oświadczenie <i>DANE DZIECKA</i>			
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		<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> prawo jazdy	
rodzaj*		<input type="checkbox"/> karta pobytu ²⁾ <input type="checkbox"/> dokument podróży ³⁾ <input type="checkbox"/> zgoda na pobyt tolerowany ⁴⁾ <input type="checkbox"/> 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/	3. Data udzielenia świadczenia – wypełniane tylko w przypadku, gdy oświadczenie nie jest składane w/w)	
<i>✓</i>		<i>Proszę nie uzupełniać.</i>	
IV. Podstawa prawna do świadczeń opieki z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.):			
<input checked="" type="checkbox"/> objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w Rzecz			
<input type="checkbox"/> uzyskanie decyzji, o której mowa w art. 54 us			
<input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a tej ustawy ⁹⁾			
<input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. b tej ustawy ¹⁰⁾			
<input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. a tej ustawy ¹¹⁾			
<input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. b tej ustawy ¹²⁾			
<input type="checkbox"/> art. 67 ust. 4–7 tej ustawy ¹³⁾			

V. Świadczeniodawca albo niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona, którzy przyjmują oświadczenie

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

1. Dane identyfikujące świadczeniodawcę albo niebędącą świadczeniodawcą osobę uprawnioną	2. Imię i nazwisko oraz podpis osoby przyjmującej oświadczenie ¹⁵⁾	3. Data (rrrr/mm/dd)
--	---	----------------------

Proszę nie
uzupełniać.

Proszę nie
uzupełniać.

* Właści