

**CZĘŚĆ I****WNIOSEK DO PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  
LUB DO DYREKTORA ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  
O POKRYCIE KOSZTÓW TRANSPORTU DO MIEJSCA LECZENIA LUB ZAMIESZKANIA W 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 podmioty uprawnione do składania niniejszego wniosku zostały wskazane w art. 25 ust. 2 i art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.)
- c. Część I wniosku wypełnia osoba składająca wniosek
- d. Część II wniosku wypełnia właściwy oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

**UWAGA:**

- a. Wniosek z wypełnioną częścią I wraz z dokumentacją zawierającą: szczegółowe rozpoznanie kliniczne, opis aktualnego stanu zdrowia, prawdopodobny zakres i czas trwania leczenia oraz wstępny kosztorys leczenia osoba składająca wniosek przekazuje do właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia
- b. W przypadku gdy dokumentacja została sporządzona w innym języku niż język angielski, do wniosku należy dołączyć jej uwierzytelnione tłumaczenie na język polski

**Numer identyfikacyjny wniosku**

(nadaje właściwy oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia)

**PRZEDMIOT WNIOSKU:**  
(proszę zakreślić jedno z pól)

1.  pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju, w przypadku gdy wnioskodawcy zostały udzielone na terytorium państwa członkowskiego UE/EFTA świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji
2.  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, których nie przeprowadza się w kraju

**DANE WNIOSKODAWCY**

1. Imię (imiona)	2. Nazwisko			
3. Data urodzenia	4. PESEL <sup>1)</sup>			
5. Adres miejsca zamieszkania lub pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej/telefon/faks:				
mięscowość	ulica	nr domu	nr lokalu	kod pocztowy/poczta nr telefonu/faks

<sup>1)</sup> W przypadku gdy wnioskodawcy nie nadano numeru PESEL, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.

6. Placówka opieki medycznej, w której przebywa wnioskodawca, lub państwo, w którym aktualnie przebywa wnioskodawca:			
nazwa i adres placówki medycznej			
nr telefonu/faks/e-mail		państwo	
miejsowość		.....	
dnia		podpis osoby składającej wniosek	
.....		.....	
miejsowość		dnia	podpis osoby przyjmującej wniosek
		pieczęćka właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu	

<b>CZĘŚĆ II<sup>2)</sup></b>			
.....			
pieczęćka właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu			
<b>1. Opinia zagranicznej placówki opieki medycznej, w której przebywa wnioskodawca, dotycząca wymogu zastosowania ściśle określonego środka transportu w aktualnym stanie zdrowia wnioskodawcy:<sup>3)</sup></b>			
<b>2. Środek transportu i koszty transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju:</b>			
miejsowość		dnia	.....
		podpis, pieczęćka dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu	

<sup>2)</sup> Wypełnia właściwy oddział wojewódzki Funduszu, gdy wniosek jest przekazywany do Prezesa Funduszu.

<sup>3)</sup> Wypełnia właściwy oddział wojewódzki Funduszu po uzyskaniu potwierdzenia zagranicznej placówki opieki medycznej, że stan zdrowia wnioskodawcy wymaga zastosowania ściśle określonego środka transportu.