Załącznik nr 3

WZÓR

CZĘŚĆ I

WNIOSEK DO PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

o wydanie zgody na pokrycie kosztów transportu powrotnego do kraju, na podstawie art. 42i ust. 2 pkt 2 albo ust. 9 albo art. 42j ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.)

INSTRUKCJA

1. Wniosek należy WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI.
2. 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.
3. Części I.A i III wniosku wypełnia Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem".
4. Części I.B, II i IV wniosku wypełnia osoba składająca wniosek.

UWAGA

1. Wniosek z wypełnionymi częściami I.B, II i IV oraz – w odpowiednim przypadku – z kopią dokumentacji medycznej i ze wstępnym kosztorysem dalszego leczenia sporządzonymi przez zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych znajdujący się na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanego dalej „państwem członkowskim UE lub EFTA", lub na terytorium Zjednoczonego Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, zwanego dalej „Zjednoczonym Królestwem", w którym aktualnie przebywa osoba, której dotyczy wniosek, składa się do Prezesa Funduszu.
2. Wniosek może zostać złożony również w formie dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym albo podpisem zaufanym[1]. Załączniki mogą być odwzorowane cyfrowo.
3. 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 lub w Zjednoczonym Królestwie 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 wnioskodawca przebywa w szpitalu na terytorium innego państwa członkowskiego UE lub EFTA lub Zjednoczonego Królestwa, gdzie korzysta ze świadczeń udzielanych 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 – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia:	
3	Adres zamieszkania:	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)		
1	Imię i nazwisko:	
2	Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia:	
3	Adres zamieszkania:	Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):
4	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 – 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 przy uwzględnieniu aktualnego stanu zdrowia tej osoby (wypełnia Fundusz po uzyskaniu potwierdzenia zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, że stan zdrowia wnioskodawcy wymaga zastosowania określonego środka transportu):
4	Środek transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju: Koszty transportu:
5	Oznaczenie komórki organizacyjnej Funduszu wypełniającej wniosek: Czytelny podpis osoby wypełniającej: …… Miejscowość: …… Data: …… (dd/mm/rr)

CZĘŚĆ IV

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

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

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 2022 r. poz. 1138).