

WZÓR

CZĘŚĆ I	
WNIOSEK DO PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA O WYDANIE ZGODY NA POKRYCIE KOSZTÓW TRANSPORTU POWROTNEGO DO KRAJU	
INSTRUKCJA	
<p>a. Wniosek należy WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI,</p> <p>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.),</p> <p>c. Część I.A i III wniosku wypełnia Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”,</p> <p>d. Część I.B oraz części II i IV wniosku wypełnia osoba składająca wniosek.</p>	
UWAGA:	
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>c. W przypadku dokumentacji medycznej i wstępnego kosztorysu dalszego leczenia sporządzonych w języku obcym, do wniosku dołącza się tłumaczenie tych dokumentów na język polski.</p>	
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)	
<p>1. <input type="checkbox"/> 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</p> <p>2. <input type="checkbox"/> 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</p> <p>3. <input type="checkbox"/> 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</p>	
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.	Adres zamieszkania:	7a. Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):
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.	Środek transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju: Koszty transportu:
5.	Oznaczenie komórki organizacyjnej Funduszu wypełniającej wniosek: Czytelny podpis osoby wypełniającej: Miejscowość: Data: <p style="text-align: center;">(dd/mm/rr)</p>

