

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 4 marca 2021 r. (poz. 475)

Załącznik nr 1

WZÓR

## OŚWIADCZENIE o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej

*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)<sup>1)</sup>**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>I. Składający oświadczenie</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                               |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | rodzaj*       | <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> prawo jazdy<br><input type="checkbox"/> karta pobytu <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/> dokument podróży <sup>3)</sup> <input type="checkbox"/> zgoda na pobyt tolerowany <sup>4)</sup><br><input type="checkbox"/> polski dokument tożsamości cudzoziemca <sup>5)</sup> |                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | seria i numer |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                               |
| <b>II. Treść oświadczenia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                               |
| Posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                               |
| 1. Podpis osoby składającej oświadczenie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               | 2. Data złożenia oświadczenia (rrrr/mm/dd)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 3. Data udzielenia świadczenia – wypełniane tylko w przypadku, gdy oświadczenie nie jest składane w dniu udzielenia świadczenia <sup>6)</sup> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               | od                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | do                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               | (rrrr/mm/dd)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | (rrrr/mm/dd)                                                                                                                                  |
| <b>III. Podstawa prawna do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* – ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.):</b>                                                                                                                                                                               |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w Rzeczypospolitej Polskiej<br><input type="checkbox"/> uzyskanie decyzji, o której mowa w art. 54 ust. 1 tej ustawy <sup>7)</sup><br><input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. a tej ustawy <sup>8)</sup><br><input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. b tej ustawy <sup>9)</sup><br><input type="checkbox"/> art. 67 ust. 4–7 tej ustawy <sup>10)</sup> |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                               |
| <b>IV. Świadczeniodawca albo niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona, którzy przyjmują oświadczenie</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                               |
| Stwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument potwierdzający tożsamość, wpisanych w oświadczeniu z okazanym mi dokumentem.                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                               |
| 1. Dane identyfikujące świadczeniodawcę albo niebędącą świadczeniodawcą osobę uprawnioną <sup>11)</sup> (nadruk albo pieczętka):                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               | 2. Imię i nazwisko oraz podpis osoby przyjmującej oświadczenie <sup>12)</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 3. Data (rrrr/mm/dd)                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                               |

\* Właściwe zaznaczyć.

## OBJAŚNIENIA

- 1) Zgodnie z art. 53 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji jest poświadczenie wydawane przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub dokument potwierdzający prawo do tych świadczeń, wystawiony przez zagraniczną instytucję właściwą.
- 2) Karta pobytu, o której mowa w:
  - a) ustawie z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1666, z późn. zm.) – w przypadku osoby, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
  - b) ustawie z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz. U. z 2020 r. poz. 35, z późn. zm.) – w przypadku:
    - osoby, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d tej ustawy, posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
    - posiadającej status ubezpieczonego osoby nieposiadającej obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, lub Konfederacji Szwajcarskiej, która przebywa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie zezwolenia na pobyt czasowy z wyłączeniem zezwolenia udzielonego na podstawie art. 181 ust. 1 tej ustawy, zezwolenia na pobyt stały, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Unii Europejskiej albo zgody na pobyt ze względów humanitarnych.
- 3) Dokument podróży, w rozumieniu art. 3 pkt 3 ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, w przypadku posiadającego status ubezpieczonego cudzoziemca lub obywatela państwa członkowskiego Unii Europejskiej, państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, lub Konfederacji Szwajcarskiej albo dokument podróży przewidziany w Konwencji Genewskiej, o którym mowa w ustawie z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – w przypadku osoby posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy.
- 4) Dokument potwierdzający posiadanie zgody na pobyt tolerowany o nazwie „zgoda na pobyt tolerowany”, o którym mowa w ustawie z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach – w przypadku posiadającej status ubezpieczonego osoby nieposiadającej obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, lub Konfederacji Szwajcarskiej, która przebywa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie zgody na pobyt tolerowany.
- 5) Polski dokument tożsamości cudzoziemca, o którym mowa w art. 260–261 ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach.
- 6) Zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, oświadczenie to może zostać złożone w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, a jeżeli świadczenie to jest udzielane w oddziale szpitalnym – w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej – pod rygorem obciążenia kosztami udzielonych świadczeń. W przypadku złożenia oświadczenia w terminie późniejszym, jednak nie dłuższym niż 1 rok od dnia upływu wskazanych terminów, świadczeniobiorca może ubiegać się u świadczeniodawcy o zwolnienie z obowiązku poniesienia kosztów udzielonego świadczenia albo o zwrot tych kosztów.
- 7) Dotyczy decyzji wójta (burmistrza, prezydenta) potwierdzającej prawo danej osoby do świadczeń opieki zdrowotnej. Decyzję tę, zgodnie z art. 54 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, może uzyskać osoba inna niż ubezpieczona, która spełnia łącznie poniższe warunki:
  - a) posiada miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
  - b) posiada obywatelstwo polskie lub uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach,
  - c) spełnia kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876, z późn. zm.), i co do której nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy.
- 8) Dotyczy osoby w okresie ciąży, porodu lub połogu, posiadającej obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Należy zaznaczyć tylko w przypadku, gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.

- 9) Dotyczy osoby w okresie ciąży, porodu lub połogu, posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach. Należy zaznaczyć tylko w przypadku, gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.
- 10) Dotyczy osoby, która po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego zachowała prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie:
- a) art. 67 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – w okresie 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego,
  - b) art. 67 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i ukończyła:
    - szkołę ponadpodstawową – w okresie 6 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy uczniów,
    - studia lub szkołę doktorską – w okresie 4 miesięcy od dnia ich ukończenia albo skreślenia z listy studentów lub listy doktorantów,
  - c) art. 67 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i pobiera zasiłek przyznany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym lub jest członkiem rodziny osoby pobierającej ten zasiłek – w okresie pobierania tego zasiłku,
  - d) art. 67 ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i ubiega się o przyznanie emerytury lub renty lub jest członkiem rodziny osoby ubiegającej się o przyznanie emerytury lub renty – w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń.
- 11) W przypadku świadczeniodawcy:
- a) nazwa (firma),
  - b) adres siedziby,
  - c) numer umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia.
- W przypadku niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej:
- a) imię i nazwisko,
  - b) numer prawa wykonywania zawodu,
  - c) kod przynależności do danej grupy zawodowej niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- 12) Świadczeniodawcy albo niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej, albo osoby przyjmującej oświadczenie w imieniu świadczeniodawcy albo niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej.

## POUCZENIE

Zgodnie z art. 50 ust. 16 pkt 2 i ust. 17 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w przypadku złożenia oświadczenia pomimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, z wyłączeniem świadczenia gwarantowanego z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, jest obowiązana do uiszczenia kosztów tego świadczenia, chyba że w chwili składania oświadczenia działała w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu, że posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.