…..…………………………….

*Miejscowość, data*

**OŚWIADCZENIE**

o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej

**Dane pacjenta:**

1. Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………
2. PESEL: 
3. Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………………….
4. Adres e-mail………………………………………………………………………………………
5. Telefon kontaktowy:………………………………………………………………………………..
6. Nazwa Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia…………………………………………………

Oświadczam, że posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jestem objęta/objęty ubezpieczeniem zdrowotnym na podstawie **(właściwe podkreślić):**

1. umowy o pracę, NIP Zakładu Pracy…………………………………………………….…………
2. świadczenia emerytalnego/ rentowego, nr legitymacji……………………………., ubezpieczenie

ważne do ……………………….

Data wydania legitymacji………………………………………………………………………….

Legitymacja wydana przez ( np. ZUS, KRUS )…………………………………………………...

1. zgłoszenia jako członka rodziny,

NIP Zakładu Pracy…………………………………………………………………………….

1. decyzji wójta, burmistrza, prezydenta

nr decyzji ………………………………., ubezpieczenie ważne do ………………………..

data wydania decyzji………………………………………………………………………….

1. inne……………………………………………………………………………………………

**W przypadku utraty ubezpieczenia zobowiązuję się niezwłocznie poinformować o tym VitalAire Sp. z o.o.**

*Podstawa prawna do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.)*

……………………………………………

**CZYTELNY** podpis pacjenta lub opiekuna

Dokumentem potwierdzającym ubezpieczenie zdrowotne jest:

1. **dla osoby zatrudnionej na umowę o pracę:**
   * raport miesięczny ZUS RMUA wydany przez pracodawcę + ZUS ZUA lub ZUS ZZA,
   * aktualne zaświadczenie z zakładu pracy,
   * legitymacja ubezpieczeniowa z aktualną datą i pieczątką pracodawcy;
2. **dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą:**
   * aktualny dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne + ZUS ZUA (ZUS ZZA);
3. **dla osoby ubezpieczonej w KRUS:**
   * zaświadczenie lub legitymacja wydana i aktualnie potwierdzona przez KRUS;
4. **dla emerytów i rencistów**
   * legitymacja emeryta-rencisty,
   * aktualne zaświadczenie z ZUS/ KRUS/WBE/ZER;
5. **dla osoby zarejestrowanej jako bezrobotna:**
   * aktualne zaświadczenie z Urzędu Pracy;
6. **dla osoby dobrowolnie ubezpieczone**:
   * umowa zawarta z NFZ wraz z aktualnym dowodem opłacenia składki zdrowotnej + potwierdzenie zgłoszenia w ZUS (ZUS ZZA);
7. **dla osoby posiadającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na mocy art. 54 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:**
   * decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy wydana na określony okres;
8. **dla osób pobierających zasiłek chorobowy, wypadkowy, rehabilitacyjny, macierzyński:**
   * jest zaświadczenie o wypłacaniu zasiłku lub dokument potwierdzający wypłatę świadczenia pieniężnego.

**Uwaga!** Prawo do świadczeń zdrowotnych przysługuje w okresie pobierania zasiłku

1. **dla osób przebywających na ciągłym zwolnieniu lekarskim:**
   * jest zaświadczenie z ZUS/KRUS informujące o ciągłości zwolnienia.
2. **dla osób ubiegających się o przyznanie emerytury lub renty:**
   * jest zaświadczenie z ZUS/KRUS potwierdzające ubieganie się o przyznanie emerytury lub renty.
3. **dla członka rodziny ubezpieczonego:**
   * dowód opłacenia składki przez głównego płatnika oraz zgłoszenie do ubezpieczenia członka rodziny, np. druki: ZUS RMUA + ZUS ZCNA (ZCZA);
   * aktualne zaświadczenie wydane przez pracodawcę;
   * zaświadczenie wydane przez ZUS o zgłoszeniu członków rodziny

**Dodatkowo dla uczniów i studentów** (pomiędzy 18 a 26 r. ż.) niezbędna jest legitymacja szkolna lub studencka.

1. **dla osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji:**
   * poświadczenie wydane przez NFZ (w przypadku zamieszkiwania na terenie RP),
   * certyfikat,
   * karta EKUZ.