

Warszawa, dnia 1 czerwca 2023 r.

Poz. 1043

**OBWIESZCZENIE  
MINISTRA ZDROWIA**

z dnia 25 kwietnia 2023 r.

**w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzorów oświadczeń  
o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej**

1. Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1461) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 marca 2021 r. w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 475), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych:

- 1) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2022 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 752);
- 2) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2022 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1501).

2. Podany w załączniku do niniejszego obwieszczenia tekst jednolity rozporządzenia nie obejmuje:

- 1) § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 752), który stanowi:

„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.”;

- 2) § 2 i § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1501), które stanowią:

„§ 2. Dotychczasowy wzór oświadczenia o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej, składanego przez przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego, może być stosowany nie dłużej niż przez 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia z wyłączeniem przypadków, gdy oświadczenie jest składane w imieniu świadczeniobiorcy, którego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej wynika z art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.”.

Minister Zdrowia: *A. Niedzielski*

Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia  
z dnia 25 kwietnia 2023 r. (Dz. U. poz. 1043)

## **ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia 4 marca 2021 r.

### **w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej**

Na podstawie art. 50 ust. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, 2674 i 2770 oraz z 2023 r. poz. 605, 650 i 658) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Wzór oświadczenia o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej składanego przez:

- 1) świadczeniobiorcę, w przypadku, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, określa załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego, w przypadku, o którym mowa w art. 50 ust. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, określa załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 3)<sup>2)</sup> świadczeniobiorcę, w przypadku, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jeżeli podstawą prawa do świadczeń opieki zdrowotnej jest art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. z 2023 r. poz. 103, z 2022 r. poz. 2600 oraz z 2023 r. poz. 185 i 547), określa załącznik nr 3 do rozporządzenia;
- 4)<sup>2)</sup> przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego, w przypadku, o którym mowa w art. 50 ust. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jeżeli podstawą prawa do świadczeń opieki zdrowotnej jest art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa, określa załącznik nr 4 do rozporządzenia.

**§ 2.** Dotychczasowe wzory oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej, określone w rozporządzeniu, o którym mowa w § 3, mogą być stosowane, nie dłużej jednak niż przez 3 miesiące od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

**§ 3.** Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 marca 2015 r. w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 438).

**§ 4.** Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia<sup>3)</sup>.

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 932).

<sup>2)</sup> Dodany przez § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 752), które weszło w życie z dniem 6 kwietnia 2022 r.

<sup>3)</sup> Rozporządzenie zostało ogłoszone w dniu 16 marca 2021 r.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 4 marca 2021 r. (Dz. U. z 2023 r. poz. 1043)

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 <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> <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 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.):</b>			
<input type="checkbox"/> objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w Rzeczypospolitej Polskiej <input type="checkbox"/> uzyskanie decyzji, o której mowa w art. 54 ust. 1 tej ustawy <sup>7)</sup> <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. a tej ustawy <sup>8)</sup> <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. b tej ustawy <sup>9)</sup> <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 2022 r. poz. 1264, 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 2023 r. poz. 519, 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 2023 r. poz. 901), 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.

- <sup>9)</sup> Dotyczy osoby w okresie ciąży, porodu lub połoгу, 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.
- <sup>10)</sup> 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.
- <sup>11)</sup> 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.
- <sup>12)</sup> 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.

## WZÓR

## OŚWIADCZENIE

## o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej składane przez przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego

*Oświadczenie wypełnia się czytelnie piśmem 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>**

I. Składający oświadczenie			
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 <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> <input type="checkbox"/> polski dokument tożsamości cudzoziemca <sup>5)</sup>	
		seria i numer	
5. Działając jako*: <input type="checkbox"/> rodzic <input type="checkbox"/> inny niż rodzic przedstawiciel ustawowy <input type="checkbox"/> opiekun prawny <input type="checkbox"/> opiekun faktyczny <sup>6)</sup>			
II. Osoba, której dotyczy składane oświadczenie			
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 <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> <input type="checkbox"/> polski dokument tożsamości cudzoziemca <sup>5)</sup>	
		seria i numer	
III. Treść oświadczenia			
..... (imię i nazwisko osoby, której dotyczy składane oświadczenie) posiada 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>7)</sup>
			od do (rrrr/mm/dd) (rrrr/mm/dd)
IV. 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 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.):			
<input type="checkbox"/> objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w Rzeczypospolitej Polskiej <input type="checkbox"/> uzyskanie decyzji, o której mowa w art. 54 ust. 1 tej ustawy <sup>8)</sup> <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a tej ustawy <sup>9)</sup> <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. b tej ustawy <sup>10)</sup> <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. c tej ustawy <sup>11)</sup> <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. a tej ustawy <sup>12)</sup> <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. b tej ustawy <sup>13)</sup> <input type="checkbox"/> art. 67 ust. 4–7 tej ustawy <sup>14)</sup>			

<sup>4)</sup> W brzmieniu ustalonym przez § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1501), które weszło w życie z dniem 19 lipca 2022 r.

<b>V. Świadczeniodawca albo niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona przyjmujący oświadczenie</b>		
Stwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument potwierdzający tożsamość wpisanych w oświadczeniu z okazanymi mi dokumentami.		
1. Dane identyfikujące świadczeniodawcę albo niebędącą świadczeniodawcą osobę uprawnioną <sup>15)</sup> ( <i>nadruk albo pieczętka</i> ):	2. Imię i nazwisko oraz podpis osoby przyjmującej oświadczenie <sup>16)</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 2022 r. poz. 1264, 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 2023 r. poz. 519, 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) Opiekunem faktycznym jest każda osoba sprawująca bez obowiązku ustawowego stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny takiej opieki wymaga.
- 7) 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.
- 8) 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 2023 r. poz. 901), i nie stwierdzono w jej przypadku okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy.
- 9) Dotyczy osoby, która posiada obywatelstwo polskie i nie ukończyła 18. roku życia. Należy zaznaczyć tylko w przypadku, gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.

- <sup>10)</sup> Dotyczy osoby, która nie ukończyła 18. roku życia, posiada miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i 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.
- <sup>11)</sup> Dotyczy osoby, która nie ukończyła 18. roku życia, pobiera rentę rodzinną oraz posiada miejsce zamieszkania na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu lub Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej. Należy zaznaczyć tylko w przypadku, gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym albo nie posiada obywatelstwa polskiego.
- <sup>12)</sup> 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.
- <sup>13)</sup> 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.
- <sup>14)</sup> 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 – 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 z listy doktorantów,
  - c) art. 67 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – 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 – 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.
- <sup>15)</sup> 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.
- <sup>16)</sup> 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.

## WZÓR

**OŚWIADCZENIE**

**o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej  
na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy  
w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. z 2023 r. poz. 103, z 2022 r.  
poz. 2600 oraz z 2023 r. poz. 185 i 547)/ ЗАЯВА**

про реалізацію права на отримання медичних послуг на підставі ст. 37 ч. 1 Закону від 12 березня 2022 р. про допомогу громадянам України у зв'язку зі збройним конфліктом на території цієї держави (Вісник законів «Dz. U.» від 2023 р., поз. 103, від 2022 р., поз. 2600 і від 2023 р., поз. 185 і 547)/ ЗАЯВЛЕНИЕ о реализации права на получение медицинских услуг на основании ст. 37 ч. 1 Закона от 12 марта 2022 г. о помощи гражданам Украины в связи с вооруженным конфликтом на территории этого государства (Вестник законов «Dz. U.» от 2023 г., поз. 103, от 2022 г., поз. 2600 и от 2023 г., поз. 185 и 547)

*Oświadczenie wypełnia się czytelnie pismem ręcznym, maszynowym lub komputerowym, w alfabecie łacińskim /Заява заповнюється розбірливим почерком, на друкарській машині або на комп'ютері, латинськими літерами/ Заявление заполняется разборчивым почерком, на печатной машине или на компьютере, латинскими буквами*

**Uwaga: Oświadczenie może być złożone tylko przez osobę spełniającą warunki określone w art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa<sup>1)</sup>** Примітка: Заяву можуть подавати тільки особи, яку відповідають вимогам, встановленим відповідно до ст. 37 ч. 1 Закону від 12 березня 2022 р. про допомогу громадянам України у зв'язку зі збройним конфліктом на території цієї держави<sup>1)</sup> Примечание: Заявление могут подавать только лица, отвечающие требованиям, установленным в соответствии со ст. 37 ч. 1 Закона от 12 марта 2022 г. о помощи гражданам Украины в связи с вооруженным конфликтом на территории этого государства<sup>1)</sup>

I. Składający oświadczenie/ Заявник/ Заявитель										
1. Imię i nazwisko/Ім'я та прізвище/ Имя и фамилия										
2. Adres zamieszkania w Polsce/ Адреса проживання в Польщі/ Адрес проживания в Польше		ulica/вулиця/улица			nr domu/номер будинку/номер дома			nr mieszkania/номер квартири/ номер квартиры		
		kod i miejscowość/ індекс та місто/ индекс и город								
3. Numer PESEL (jeżeli został nadany)/ Номер PESEL (якщо надано)/ Номер PESEL (если был присвоен)										
4. Dokument potwierdzający tożsamość/ Документ, що посвідчує особу/ Документ, удостоверяющий личность	rodzaj*/тип*/тип*	<input type="checkbox"/> dowód osobisty/ паспорт громадянина/ паспорт гражданина <input type="checkbox"/> paszport/ закордонний паспорт/ паспорт <input type="checkbox"/> prawo jazdy/ посвідчення водія/водительское удостоверение <input type="checkbox"/> inny dokument/ інший документ/ другой документ – (wpisać nazwę/ назва документа/ указать название):								
	seria i numer- (jeżeli dotyczy)/ серія та номер - (якщо стосується)/ серия и номер - (если касается)									

<sup>5)</sup> Dodany przez § 1 pkt 2 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 2.

<b>II. Treść oświadczenia/Зміст заяви/Содержание заявления</b>		
Posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa/Я маю право отримати медичні послуги за рахунок коштів державного бюджету на підставі ст. 37 ч. 1 Закону від 12 березня 2022 р. про допомогу громадянам України у зв'язку зі збройним конфліктом на території цієї держави/Я имею право получить медицинские услуги за счет средств государственного бюджета на основании ст. 37 ч. 1 Закона от 12 марта 2022 г. о помощи гражданам Украины в связи с вооруженным конфликтом на территории этого государства.		
2. Podpis osoby składającej oświadczenie/Підпис особи, яка подає заяву/ Подпись лица, подающего заявление	2. Data złożenia oświadczenia (rrrr/mm/dd) /Дата подачі заяви (рік/місяць/день) /Дата подачи заявления (год/месяц/день)	3. Data udzielenia świadczenia – wypełniane tylko w przypadku, gdy oświadczenie nie jest składane w dniu udzielenia świadczenia <sup>2)</sup> / Дата надання медичної послуги - заповнюється тільки в тому випадку, якщо заяву подається в інший день, ніж день надання медичної послуги <sup>2)</sup> / Дата оказания медицинской услуги - заповнюється только в том случае, если заявление подается в другой день, чем день предоставления медицинской услуги <sup>2)</sup>  od do (rrrr/mm/dd) (rrrr/mm/dd) від до (рік/місяць/день) (рік/місяць/день) с до (год/месяц/день) (год/месяц/день)
<b>III. Świadczeniodawca albo niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona, którzy przyjmują oświadczenie/Постачальник медичних послуг або інша уповноважена особа – не постачальник медичних послуг, які приймають заяву/Поставщик медицинских услуг или другое уполномоченное лицо - не поставщик медицинских услуг, принимающие заявление</b>		
Stwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument potwierdzający tożsamość, wpisanych w oświadczeniu z okazanym mi dokumentem/Підтверджую відповідність даних, що ідентифікують документ, який засвідчує особу, зазначених у заяві/з пред'явленим мені документом/Подтверждаю соответствие данных, идентифицирующих документ, удостоверяющий личность, указанных в заявлении с пред'явленным мне документом.		
1. Dane identyfikujące świadczeniodawcę albo niebędącą świadczeniodawcą osobę uprawnioną <sup>3)</sup> (nadruk albo pieczętka)/ Ідентифікаційні дані постачальника медичних послуг або уповноваженої особи - не постачальника медичних послуг <sup>3)</sup> (розпечатка або штамп)/ Идентификационные данные поставщика медицинских услуг или уполномоченного лица, не являющегося поставщиком медицинских услуг <sup>3)</sup> (распечатка или штамп):	2. Imię i nazwisko oraz podpis osoby przyjmującej oświadczenie <sup>4)</sup> /Имя та прізвище особи, яка приймає заяву <sup>4)</sup> /Имя и фамилия лица, принимающего заявление <sup>4)</sup>	3. Data (rrrr/mm/dd)/ Дата (рік/місяць/день)/Число (год/месяц/день)

\* Właściwe zaznaczyć/Зазначити відповідне/Указать соответствующее.

## OBJAŚNIENIA

<sup>1)</sup> Zgodnie z art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa, prawo do opieki medycznej udzielanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przysługuje obywatelowi Ukrainy, którego pobyt na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest uznawany za legalny na podstawie art. 2 ust. 1 tej ustawy, co oznacza, że osoba składająca oświadczenie musi spełniać łącznie następujące warunki:

- 1) posiada obywatelstwo Ukrainy; warunek ten nie jest wymagany w odniesieniu do małżonka obywatela Ukrainy;
- 2) przybyła legalnie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie od dnia 24 lutego 2022 r., z terytorium Ukrainy w związku z działaniami wojennymi prowadzonymi na terytorium tego państwa oraz deklaruje zamiar pozostania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 3) nie posiada zezwolenia na pobyt stały, zezwolenia na pobyt czasowy, zezwolenia na pobyt rezydenta, długoterminowego Unii Europejskiej, statusu uchodźcy, ochrony uzupełniającej, zgody na pobyt tolerowany i nie złożyła wniosku o ochronę międzynarodową.

W przypadku dziecka urodzonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez matkę, która spełnia powyższe warunki, jego pobyt jest legalny w okresie dotyczącym matki.

<sup>2)</sup> 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.

<sup>3)</sup> 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.

<sup>4)</sup> Świadczeniodawcy albo niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej, albo osoby przyjmującej oświadczenie w imieniu świadczeniodawcy albo niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej.

## ПОЯСНЕННЯ

<sup>1)</sup> Відповідно до ст. 37 ч. 1 Закону від 12 березня 2022 року про допомогу громадянам України у зв'язку зі збройним конфліктом на території цієї держави, право на отримання медичних послуг, які надаються на території Республіки Польщі, має громадянин України, якого перебування на території Республіки Польща вважається законним на підставі ст. 2 ч. 1 цього закону, і означає, що особа, яка подає заяву, повинна відповідати всім, нижче вказаним умовам:

- 1) являється громадянином України; не вимагається щодо чоловіка/жінки громадянина України;
- 2) легально прибула на територію Республіки Польща з 24 лютого 2022 року з території України у зв'язку з проведенням військових дій на території цієї держави і заявляє про намір залишитися на території Республіки Польщі;
- 3) не має посвідки на постійне проживання, посвідки на тимчасове проживання, посвідки на проживання довгострокового резидента Європейського Союзу, статусу біженця, додаткового захисту, дозвіл на терпиме перебування і не подала заяву на міжнародний захист.

Що стосується дитини, яку народила на території Республіки Польщі матір, яка відповідає вищевказаним умовам, її перебування є легальним протягом періоду легального перебування матері.

<sup>2)</sup> Відповідно до ст. 50 ч. 11 і 12 Закону від 27 серпня 2004 року про медичні послуги за рахунок коштів державного бюджету у надзвичайних ситуаціях або у випадку, коли через стан здоров'я не можна подати заяви, заява може бути подана протягом 14 днів з дня початку надання медичної допомоги, а якщо ця допомога надається в лікарняні - протягом 7 днів з дня закінчення надання медичної допомоги – під страхом самостійної оплати витрат за надану медичну допомогу. У разі подання заяви пізніше - однак не пізніше 1 року з дня закінчення зазначених строків, одержувач медичної допомоги може звернутися до суб'єкта, який надав допомогу, з проханням про звільнення від обов'язку сплати витрат за надану медичну допомогу або про повернення цих витрат.

3) Що стосується постачальника медичних послуг:

- а) назва (компанія),
  - б) юридична адреса,
  - в) номер договору про надання медичних послуг, укладеного з Національним фондом охорони здоров'я.
- Що стосується уповноваженої особи - не постачальника медичних послуг:

- а) ім'я і прізвище,
- б) номер права на здійснення професії,
- в) код зарахування до тієї чи іншої професійної групи, уповноваженої особи - не постачальника медичних послуг, про який йдеться в положеннях, винесених відповідно до ст. 190 ч. 1 Закону від 27 серпня 2004 року про надання медичних послуг за рахунок коштів державного бюджету.

4) Постачальники медичних послуг або уповноважені особи - не постачальники медичних послуг, або особи, яка приймають заяву від імені постачальника медичних послуг або уповноваженої особи - не постачальника медичних послуг.

## ОБЪЯСНЕНИЕ

1) Согласно ст. 37 ч. 1 Закона от 12 марта 2022 года о помощи гражданам Украины в связи с вооруженным конфликтом на территории этого государства, право на получение медицинских услуг, которые предоставляются на территории Польши, имеет гражданин Украины, пребывание которого на территории Республики Польша считается законным на основании ст. 2 ч. 1 этого закона, и означает, что лицо, подающее заявление, должно выполнять все нижеуказанные условия:

- 1) является гражданином Украины; не требуется в отношении мужа / жены гражданина Украины;
- 2) легально прибыл на территории Республики Польша с 24 февраля 2022 года с территории Украины в связи с проведением военных действий на территории этого государства и заявляет о намерении остаться на территории Польши;
- 3) не имеющий вида на постоянное жительство, вида на временное жительство, вида на жительство долгосрочного резидента Европейского Союза, статуса беженца, дополнительной защиты, разрешение на терпимое пребывание и не подал заявку на международную защиту.

Что касается ребенка, которого родила на территории Республики Польша мать, которая соответствует вышеуказанным условиям, его пребывание является легальным в течение периода легального пребывания матери.

2) В соответствии со ст. 50 ч. 11 и 12 Закона от 27 августа 2004 года о медицинских услугах за счет средств государственного бюджета, в чрезвычайных ситуациях или в случае, когда из-за состояния здоровья нельзя подать заявление, заявление может быть подано в течение 14 дней со дня начала оказания медицинской помощи, а если эта помощь предоставляется в больничные – в течение 7 дней со дня окончания оказания медицинской помощи - под страхом самостоятельной оплаты расходов за оказанную медицинскую помощь. В случае подачи заявления позже - но не позднее 1 года со дня окончания указанных сроков, получатель медицинской помощи может обратиться к субъекту, который оказал помощь, с просьбой об освобождении от обязанности оплаты расходов за оказанную медицинскую помощь либо о возврате этих расходов.

3) Что касается поставщика медицинских услуг:

- а) название (компания),
- б) юридический адрес,
- в) номер договора о предоставлении медицинских услуг, заключенного с Национальным фондом здравоохранения.

Что касается уполномоченного лица, не являющегося поставщиком медицинских услуг:

- а) имя и фамилия,
- б) номер права на осуществление профессии,
- в) код отнесения к той или иной профессиональной группы, уполномоченного лица поставщика медицинских услуг, о котором говорится в положениях, вынесенных в соответствии со ст. 190 ч. 1 Закона от 27 августа 2004 года о предоставлении медицинских услуг за счет средств государственного бюджета.

4) поставщики медицинских услуг или уполномоченные лица, не являющиеся поставщиками медицинских услуг, или лица, принимающие заявление от имени поставщика медицинских услуг или уполномоченного лица, не являющегося поставщиком медицинских услуг.

## 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.

## РОЗ'ЯСНЕННЯ

Відповідно до ст. 50 ч. 16 п. 2 та ст. 17 Закону від 27 серпня 2004 р. про надання медичних послуг за рахунок коштів державного бюджету, у разі подання заяви, попри відсутність права на отримання медичних послуг за рахунок коштів державного бюджету, особа, якій надано медичну допомогу, за винятком надання гарантованих медичних послуг первинної медичної допомоги, зобов'язана сплатити вартість цієї допомоги, якщо на момент подання заяви не діяла з виправданим помилковим переконанням, що має право на отримання медичних послуг за рахунок коштів державного бюджету.

## РАЗЪЯСНЕНИЕ

В соответствии со ст. 50 ч. 16 п. 2 и ст. 17 Закона от 27 августа 2004 г. о предоставлении медицинских услуг за счет средств государственного бюджета, в случае подачи заявления, несмотря на отсутствие права на получение медицинских услуг за счет средств государственного бюджета, лицо, которому оказана медицинская помощь, за исключением предоставления гарантированных медицинских услуг первичной медицинской помощи, обязано оплатить стоимость этой помощи, если на момент подачи заявления не действовало с оправданным ошибочным убеждением, что имеет право на получение медицинских услуг за счет средств государственного бюджета.

## WZÓR

## OŚWIADCZENIE

**o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej  
na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy  
w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. z 2023 r. poz. 103, z 2022 r.  
poz. 2600 oraz z 2023 r. poz. 185 i 547)**

**składane przez przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego/ ЗАЯВА**  
про реалізацію права на отримання медичних послуг на підставі ст. 37 ч. 1 Закону від 12 березня 2022 р.  
про допомогу громадянам України у зв'язку зі збройним конфліктом на території цієї держави (Вісник  
законів «Dz. U.» від 2023 р., поз. 103, від 2022 р., поз. 2600 і від 2023 р., поз. 185 і 547), яку подає  
законний представник, або законний чи фактичний опікун/ ЗАЯВЛЕНИЕ о реализации права на  
получение медицинских услуг на основании ст. 37 ч. 1 Закона от 12 марта 2022 г. о помощи гражданам  
Украины в связи с вооруженным конфликтом на территории этого государства (Вестник законов «Dz. U.»  
от 2023 г., поз. 103, от 2022 г., поз. 2600 и от 2023 г., поз. 185 и 547), которое подает законный  
представитель, или законный или фактический опекун

*Oświadczenie wypełnia się czytelnie pismem ręcznym, maszynowym lub komputerowym, w alfabecie łacińskim/ Заява заповнюється  
розбірливим почерком, на друкарській машині або на комп'ютері, латинськими літерами/ Заявление заполняется разборчивым  
почерком, на печатной машине или на компьютере, латинскими буквами*

**Uwaga: Oświadczenie może być złożone tylko w imieniu osoby spełniającej warunki, określone w art. 37 ust. 1 ustawy  
z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego  
państwa<sup>1)</sup> / Примітка: Заяву можуть подавати тільки особи, яку відповідають вимогам, відповідно до ст. 37 ч. 1  
Закону від 12 березня 2022 р. про допомогу громадянам України у зв'язку зі збройним конфліктом на території цієї  
держави<sup>1)</sup> / Примечание: Заявление могут подавать только лица, отвечающие требованиям, в соответствии со ст. 37 ч. 1  
Закона от 12 марта 2022 г. о помощи гражданам Украины в связи с вооруженным конфликтом на территории этого  
государства<sup>1)</sup>**

I. Składający oświadczenie/Заявник/ Заявитель			
1. Imię i nazwisko/Ім'я та прізвище/ Имя и фамилия			
2. Adres zamieszkania w Polsce/Адреса проживання в Польщі/ Адрес проживания в Польше		ulica/вулиця/улица	nr domu/номер будинку/номер дома
		nr mieszkania/номер квартири/ номер квартиры	
		kod i miejscowość/ индекс та місто/ индекс и город	
3. Numer PESEL (jeżeli został nadany)/ Номер PESEL (якщо надано)/ Номер PESEL (если был присвоен)			
4. Dokument potwierdzający tożsamość/Документ, що посвідчує особу/Документ, удостоверяющий личность	rodzaj*/тип*/тип*	<input type="checkbox"/> dowód osobisty/ паспорт громадянина/ паспорт гражданина <input type="checkbox"/> paszport/ закордонний паспорт/ паспорт <input type="checkbox"/> prawo jazdy/ посвідчення водія/водительское удостоверение <input type="checkbox"/> inny dokument/ інший документ/ другой документ – (wpisać nazwę/ назва документа/ указать название):	
	seria i numer - (jeżeli dotyczy)/серія та номер - (якщо стосується)/серія и номер - (если касается)		

5. Działając jako*/Виступаючи як*/ Выступая как*: <input type="checkbox"/> rodzic/ батько/мати/ отец/мать <input type="checkbox"/> inny niż rodzic przedstawiciel ustawowy/ законний представник, який не є батьком/матір'ю/ законний представитель, который не является отцом/матерью <input type="checkbox"/> opiekun prawny/ законний опікун/ законный опекун <input type="checkbox"/> opiekun faktyczny <sup>2)</sup> / фактичний опікун <sup>2)</sup> / фактический опікун <sup>2)</sup>			
<b>II. Osoba, której dotyczy składane oświadczenie/Особа, якої стосується дана заява/ Лицо, которого касается данное заявление</b>			
1. Imię i nazwisko/Ім'я та прізвище/ Имя и фамилия			
2. Adres zamieszkania/Адреса проживання/ Адрес проживания		ulica/вулиця/улица	nr domu/номер будинку/номер дома
		nr mieszkania/номер квартири/номер квартиры	
		kod i miejscowość/індекс та місто/ индекс и город	
3. Numer PESEL (jeżeli został nadany)/ Номер PESEL (якщо надано)/ Номер PESEL (если был присвоен)			
4. Dokument potwierdzający tożsamość/Документ, що посвідчує особу/Документ, удостоверяющий личность		rodzaj*/тип*/тип*	<input type="checkbox"/> dowód osobisty/ паспорт громадянина/ паспорт гражданина <input type="checkbox"/> paszport/ закордонний паспорт/ паспорт <input type="checkbox"/> prawo jazdy/ посвідчення водія/водительское удостоверение <input type="checkbox"/> inny dokument/ інший документ/ другой документ – (wpisać nazwę/ назва документа/ указать название):
		seria i numer-(jeżeli dotyczy)/серія та номер - (якщо стосується)/ серия и номер - (если касается)	
<b>III. Treść oświadczenia/Зміст заяви/ Содержание заявления</b>			
<p>..... (imię i nazwisko osoby, której dotyczy składane oświadczenie) posiada prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa/ (ім'я та прізвище особи, якої стосується дана заява) має право отримати медичні послуги за рахунок коштів державного бюджету на підставі ст. 37 пункту 1 Закону від 12 березня 2022 р. про допомогу громадянам України у зв'язку зі збройним конфліктом на території цієї держави/ (имя и фамилия лица, которого касается данное заявление) имеет право получить медицинские услуги за счет средств государственного бюджета на основании ст. 37 пункта 1 Закона от 12 марта 2022 г. о помощи гражданам Украины в связи с вооруженным конфликтом на территории этого государства.</p>			
1. Podpis osoby składającej oświadczenie/Підпис особи, яка подає заяву/ Подпись лица, подающего заявление	2. Data złożenia oświadczenia (rrrr/mm/dd) /Дата подачі заяви (рік/місяць/день) /Дата подачі заявления (год/місяць/день)	3. Data udzielenia świadczenia – wypełniane tylko w przypadku, gdy oświadczenie nie jest składane w dniu udzielenia świadczenia <sup>3)</sup> /Дата надання медичної послуги - заповнюється тільки в тому випадку, якщо заяву подається в інший день, ніж день надання медпослуги <sup>3)</sup> /Дата оказания медицинской услуги - заполняется только в том случае, если заявление подается в другой день, чем день предоставления медпослуги <sup>3)</sup>	
		od do (rrrr/mm/dd) (rrrr/mm/dd) від до (рік/місяць/день) (рік/місяць/день) с до (год/місяць/день) (год/місяць/день)	

<p><b>IV. Świadczeniodawca albo niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona, którzy przyjmują oświadczenie</b>  / Постачальник медичних послуг або інша уповноважена особа – не постачальник медичних послуг, які приймають заяву/ Поставщик медицинских услуг или другое уполномоченное лицо - не поставщик медицинских услуг, принимающие заявление</p>		
<p>Stwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument potwierdzający tożsamość, wpisanych w oświadczeniu z okazanym mi dokumentem/Підтверджую відповідність даних, що ідентифікують документ, який засвідчує особу, зазначених у заяві з пред'явленим мені документом/Подтверждаю соответствие данных, идентифицирующих документ, удостоверяющий личность, указанных в заявлении с предьявленным мне документом.</p>		
<p>1. Dane identyfikujące świadczeniodawcę albo niebędąca świadczeniodawcą osobę uprawnioną<sup>4)</sup> (<i>nadruk albo pieczętka</i>)/  Ідентифікаційні дані постачальника медичних послуг або уповноваженої особи - не постачальника медичних послуг<sup>4)</sup> (<i>розпечатка або штамп</i>)/  Идентификационные данные поставщика медицинских услуг или уполномоченного лица, не являющегося поставщиком медицинских услуг<sup>4)</sup> (<i>распечатка или штамп</i>):</p>	<p>2. Imię i nazwisko oraz podpis osoby przyjmującej oświadczenie<sup>5)</sup> /Ім'я та прізвище особи, яка приймає заяву<sup>5)</sup>/Имя и фамилия лица, принимающего заявление<sup>5)</sup></p>	<p>3. Data (rrrr/mm/dd)/Дата (рік/місяць/день)/ Число (год/месяц/день)</p>

\* Właściwe zaznaczyć/Зазначити правильну відповідь/Указать правильный ответ.

## OBJAŚNIENIA

<sup>1)</sup> Zgodnie z art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa, prawo do opieki medycznej udzielanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przysługuje obywatelowi Ukrainy, którego pobyt na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest uznawany za legalny na podstawie art. 2 ust. 1 tej ustawy, co oznacza, że osoba składająca oświadczenie musi spełniać łącznie następujące warunki:

- 1) posiada obywatelstwo Ukrainy, warunek ten nie jest wymagany w odniesieniu do małżonka obywatela Ukrainy;
- 2) przybyła legalnie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie od dnia 24 lutego 2022 r., z terytorium Ukrainy w związku z działaniami wojennymi prowadzonymi na terytorium tego państwa oraz deklaruje zamiar pozostania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 3) nie posiada zezwolenia na pobyt stały, zezwolenia na pobyt czasowy, zezwolenia na pobyt rezydenta, długoterminowego Unii Europejskiej, statusu uchodźcy, ochrony uzupełniającej, zgody na pobyt tolerowany i nie złożyła wniosku o ochronę międzynarodową.

W przypadku dziecka urodzonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez matkę, która spełnia powyższe warunki, jego pobyt jest legalny w okresie dotyczącym matki.

<sup>2)</sup> Opiekunem faktycznym jest każda osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga.

<sup>3)</sup> 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.

<sup>4)</sup> 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.

<sup>5)</sup> Świadczeniodawcy albo niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej, albo osoby przyjmującej oświadczenie w imieniu świadczeniodawcy albo niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej.

## ПОЯСНЕННЯ

<sup>1)</sup> Відповідно до ст. 37 ч. 1 Закону від 12 березня 2022 року про допомогу громадянам України у зв'язку зі збройним конфліктом на території цієї держави, право на отримання медичних послуг, які надаються на території Республіки Польщі, має громадянин України, якого перебування на території Республіки Польща вважається законним на підставі ст. 2 ч. 1 цього закону, і означає, що особа, яка подає заяву, повинна відповідати всім, нижче вказаним умовам:

- 1) являється громадянином України; не вимагається щодо чоловіка/жінки громадянина України;
- 2) легально прибула на територію Республіки Польща з 24 лютого 2022 року з території України у зв'язку з проведенням військових дій на території цієї держави і заявляє про намір залишитися на території Республіки Польщі;
- 3) не має посвідки на постійне проживання, посвідки на тимчасове проживання, посвідки на проживання довгострокового резидента Європейського Союзу, статусу біженця, додаткового захисту, дозвіл на терпеливе перебування і не подаля заявку на міжнародний захист.

Що стосується дитини, яку народила на території Республіки Польщі матір, яка відповідає вищевказаним умовам, її перебування є легальним протягом періоду легального перебування матері.

<sup>2)</sup> Фактичним опікуном є будь-яка особа, яка здійснює, не будучи зобов'язана за законом, постійну опіку над пацієнтом, який в силу віку, стану здоров'я або психічного стану вимагає такої опіки.

<sup>3)</sup> Відповідно до ст. 50 ч. 11 і 12 Закону від 27 серпня 2004 року про медичні послуги за рахунок коштів державного бюджету у надзвичайних ситуаціях або у випадку, коли через стан здоров'я не можна подати заяви, заява може бути подана протягом 14 днів з дня початку надання медичної допомоги, а якщо ця допомога надається в лікарні - протягом 7 днів з дня закінчення надання медичної допомоги – під

страхом самостійної оплати витрат за надану медичну допомогу. У разі подання заяви пізніше - однак не пізніше 1 року з дня закінчення зазначених строків, одержувач медичної допомоги може звернутися до суб'єкта, який надав допомогу, з проханням про звільнення від обов'язку сплати витрат за надану медичну допомогу або про повернення цих витрат.

4) Що стосується постачальника медичних послуг:

- а) назва (компанія),
- б) юридична адреса,
- в) номер договору про надання медичних послуг, укладеного з Національним фондом охорони здоров'я.

Що стосується уповноваженої особи - не постачальника медичних послуг:

- а) ім'я і прізвище,
- б) номер права на здійснення професії,
- в) код зарахування до тієї чи іншої професійної групи, уповноваженої особи - не постачальника медичних послуг, про який йдеться в положеннях, винесених відповідно до ст. 190 ч. 1 Закону від 27 серпня 2004 року про надання медичних послуг за рахунок коштів державного бюджету.

5) Постачальники медичних послуг або уповноважені особи - не постачальники медичних послуг, або особи, яка приймають заяву від імені постачальника медичних послуг або уповноваженої особи - не постачальника медичних послуг.

## ОБЪЯСНЕНИЕ

1) согласно ст. 37 ч. 1 Закона от 12 марта 2022 года о помощи гражданам Украины в связи с вооруженным конфликтом на территории этого государства, право на получение медицинских услуг, которые предоставляются на территории Польши, имеет гражданин Украины, пребывание которого на территории Республики Польша считается законным на основании ст. 2 ч. 1 этого закона, что означает, что лицо, подающее заявление, должно выполнять все нижеуказанные условия:

- 1) является гражданином Украины; не требуется в отношении мужчины / женщины гражданина Украины;
- 2) легально прибыл на территорию Республики с 24 февраля 2022 года с территории Украины в связи с проведением военных действий на территории этого государства и заявляет о намерении остаться на территории Польши;
- 3) не имеющий вида на постоянное жительство, вида на временное жительство, вида на жительство долгосрочного резидента Европейского Союза, статуса беженца, дополнительной защиты, разрешение на терпимое пребывание и не подал заявку на международную защиту.

Что касается ребенка, которого родила на территории Республики Польша мать, которая соответствует вышеуказанным условиям, его пребывание является легальным в течение периода легального пребывания матери.

2) Фактическим опекуном является любое лицо, осуществляющее, не будучи обязан по закону, постоянную опеку над пациентом, который в силу возраста, состояния здоровья или психического состояния нуждается в такой опеке.

3) В соответствии со ст. 50 ч. 11 и 12 Закона от 27 августа 2004 года о медицинских услугах за счет средств государственного бюджета, в чрезвычайных ситуациях или в случае, когда из-за состояния здоровья нельзя подать заявления, заявление может быть подано в течение 14 дней со дня начала оказания медицинской помощи, а если эта помощь предоставляется в больничные – в течение 7 дней со дня окончания оказания медицинской помощи - под страхом самостоятельной оплаты расходов за оказанную медицинскую помощь. В случае подачи заявления позже - но не позднее 1 года со дня окончания указанных сроков, получатель медицинской помощи может обратиться к субъекту, который оказал помощь, с просьбой об освобождении от обязанности оплаты расходов за оказанную медицинскую помощь либо о возврате этих расходов.

4) Что касается поставщика медицинских услуг:

- а) название (компания),
- б) юридический адрес,
- в) номер договора о предоставлении медицинских услуг, заключенного с Национальным фондом здравоохранения.

Что касается уполномоченного лица, не являющегося поставщиком медицинских услуг:

- а) имя и фамилия,
- б) номер права на осуществление профессии,
- в) код отнесения к той или иной профессиональной группы, уполномоченного лица поставщика медицинских услуг, о котором говорится в положениях, вынесенных в соответствии со ст. 190 ч. 1 Закона от 27 августа 2004 года о предоставлении медицинских услуг за счет средств государственного бюджета.

5) поставщики медицинских услуг или уполномоченные лица, не являющиеся поставщиками медицинских услуг, или лица, принимающие заявление от имени поставщика медицинских услуг или уполномоченного лица, не являющегося поставщиком медицинских услуг.

## 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.

## РОЗ'ЯСНЕННЯ

Відповідно до ст. 50 ч. 16 п. 2 та ст. 17 Закону від 27 серпня 2004 р. про надання медичних послуг за рахунок коштів державного бюджету, у разі подання заяви, попри відсутність права на отримання медичних послуг за рахунок коштів державного бюджету, особа, якій надано медичну допомогу, за винятком надання гарантованих медичних послуг первинної медичної допомоги, зобов'язана сплатити вартість цієї допомоги, якщо на момент подання заяви не діяла з виправданим помилковим переконанням, що має право на отримання медичних послуг за рахунок коштів державного бюджету.

## РАЗЪЯСНЕНИЕ

В соответствии со ст. 50 ч. 16 п. 2 и ст. 17 Закона от 27 августа 2004 г. о предоставлении медицинских услуг за счет средств государственного бюджета, в случае подачи заявления, несмотря на отсутствие права на получение медицинских услуг за счет средств государственного бюджета, лицо, которому оказана медицинская помощь, за исключением предоставления гарантированных медицинских услуг первичной медицинской помощи, обязано оплатить стоимость этой помощи, если на момент подачи заявления не действовало с оправданным ошибочным убеждением, что имеет право на получение медицинских услуг за счет средств государственного бюджета.