

OŚWIADCZENIE
o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej
składane przez osobę, która
po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego
zachowała prawo do świadczeń opieki zdrowotnej

W tym przypadku istotny jest okres, jaki minął od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego. Zasadą jest, iż prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje 30 dni od wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego, z wyjątkiem następujących przypadków, kiedy okres ten obejmuje:

- 6 miesięcy od dnia zakończenia nauki w szkole ponadgimnazjalnej albo skreślenia z listy uczniów tej szkoły,
- 4 miesiące od dnia zakończenia nauki w szkole wyższej albo skreślenia z listy studentów tej szkoły,
- czas pobierania zasiłku przyznanego na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym – w przypadku osoby pobierającej ten zasiłek oraz członków rodziny tej osoby
- czas trwania postępowania o przyznanie emerytury lub renty – w przypadku osoby ubiegającej się o przyznanie emerytury lub renty oraz członków rodziny tej osoby

I. Składający oświadczenie												
1. Imię i nazwisko		Alina Kowalska										
2. Adres zamieszkania		ulica Długa				nr domu 38		nr mieszkania 40				
		kod i miejscowość 01-345 Kraków										
3. Numer PESEL (jeżeli został nadany)		7	9	0	8	2	5	0	1	2	2	3
4. Dokument potwierdzający tożsamość	rodzaj	<input checked="" type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> prawo jazdy										
	seria i numer	AHG 234567										
II. Treść oświadczenia												
<i>Posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</i>												
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 udzielania świadczenia ¹⁾						
<i>Alina Kowalska</i>		2013.01.26				od do (rrrr/mm/dd) (rrrr/mm/dd)						
III. Podstawa prawa 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 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm):												
<input type="checkbox"/> objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym												
<input type="checkbox"/> uzyskanie decyzji, o której mowa w art. 54 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ²⁾												
<input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ³⁾												
<input checked="" type="checkbox"/> art. 67 ust. 4–7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ⁴⁾												
IV. Świadczeniodawca⁵⁾ przyjmujący oświadczenie												
Stwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument potwierdzający tożsamość, wpisanych w oświadczeniu z okazanym mi dokumentem.												

1. Pieczętka adresowa świadczeniodawcy uwzględniająca numer umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia	2. Imię i nazwisko oraz podpis świadczeniodawcy lub osoby przyjmującej oświadczenie w imieniu świadczeniodawcy	3. Data (rrrr/mm/dd)
---	--	----------------------