

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. poz. 583, 682, 683 i 684)
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 2022 р., поз. 583, 682, 683 і 684), 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 2022 г., 583, 682, 683 и 684), которое
подает законный представитель, или законный или фактический опекун**

*Oświadczenie wypełnia się czytelnie piśmem 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
państwa¹⁾ / 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
держави¹⁾ / 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
государства¹⁾**

I. Składający oświadczenie/Zаявник/ 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 квартири	
		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)		

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, котрий не являється отцом/матерью <input type="checkbox"/> opiekun prawny/ законний опікун/ законный опекун <input type="checkbox"/> opiekun faktyczny ²⁾ / фактичний опікун ²⁾ / фактический опікун ²⁾			
II. Osoba, której dotyczy składane oświadczenie/Особа, якої стосується дана заява/ Лицо, которого касается данное заявление			
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 квартири	
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)/серія и номер - (если касается)		
III. Treść oświadczenia/Зміст заяви/ Содержание заявления			
<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 подачи заявления (год/месяц/день)	3. Data udzielenia świadczenia – wypełniane tylko w przypadku, gdy oświadczenie nie jest składane w dniu udzielenia świadczenia ³⁾ /Дата надання медичної послуги - заповнюється тільки в тому випадку, якщо заяву подається в інший день, ніж день надання медпослуги ³⁾ /Дата оказания медицинской услуги - заполняется только в том случае, если заявление подается в другой день, чем день предоставления медпослуги ³⁾	
		od do (rrrr/mm/dd) (rrrr/mm/dd) від до (рік/місяць/день) (рік/місяць/день) с до (год/месяц/день) (год/месяц/день)	
IV. Świadczeniodawca albo niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona, którzy przyjmują oświadczenie			

/ Поставчальник медичних послуг або інша уповноважена особа – не поставчальник медичних послуг, які приймають заяву/ Поставщик медицинских услуг или другое уполномоченное лицо - не поставщик медицинских услуг, принимающие заявление		
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 предъявленным мне документом.		
1. Dane identyfikujące świadczeniodawcę albo niebędącą świadczeniodawcą osobę uprawnioną ⁴⁾ (<i>nadruk albo pieczętka</i>)/ Ідентифікаційні дані поставчальника медичних послуг або уповноваженої особи - не поставчальника медичних послуг ⁴⁾ (<i>розпечатка або штамп</i>)/ Идентификационные данные поставщика медицинских услуг или уполномоченного лица, не являющегося поставщиком медицинских услуг ⁴⁾ (<i>распечатка или штамп</i>):	2. Imię i nazwisko oraz podpis osoby przyjmującej oświadczenie ⁵⁾ /Ім'я та прізвище особи, яка приймає заяву ⁵⁾ /Имя и фамилия лица, принимающего заявление ⁵⁾	3. Data (rrrr/mm/dd)/Дата (рік/місяць/день)/ Число (год/месяц/день)

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