|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| PRZEWODNIK MIESZKAŃCA | | | | |
|  | URZĄD MIASTA TARNOBRZEGA 39-400 Tarnobrzeg  ul. Kościuszki 32  **Biuro Obsługi Interesantów**:  Ul. Mickiewicza 7 | | | EZ-IV.804.2016 |
| **PM - 25** |
| ***W sprawie:***  ***Przyznania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osobie nieubezpieczonej*** | | | | |
| **Od czego zacząć ?**  W Biurze Obsługi Interesantów należy złożyć **wniosek /podanie/ o wydanie decyzji  o przyznaniu prawa do świadczeń zdrowotnych osobie, która nie posiada ubezpieczenia zdrowotnego .**  Dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej jest decyzja wójta (burmistrza, prezydenta, gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkiwania świadczeniobiorcy, potwierdzająca to prawo.  Decyzja powinna zawierać numer PESEL świadczeniobiorcy.  Decyzję wydaje się po:  - przedłożeniu przez świadczeniobiorcę dokumentów potwierdzających zamieszkiwanie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz dokumentów potwierdzających:  a)posiadanie obywatelstwa polskiego lub  b) posiadanie statusu uchodźcy, lub  c)objęcie ochroną uzupełniającą, lub  d) posiadanie zezwolenia na pobyt czasowy udzielonego w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013r. o cudzoziemcach. | | | | |
| **Ile trzeba płacić za załatwienie sprawy?** | | | | |
| Od podania nie pobiera się opłaty skarbowej. | | | | |
| **Wydział odpowiedzialny za załatwienie sprawy:** | | | | |
| Wydział Edukacji i Zdrowia - tel. 822-65-70, wew. 207 | | | | |
| **Jak długo czeka się na załatwienie sprawy?** | | | | |
| Niezwłocznie, nie później niż w ciągu jednego miesiąca. | | | | |
| **W jaki sposób odebrać decyzję?** | | | | |
| Decyzja przesyłana jest na wskazany przez wnioskodawcę adres, decyzję równocześnie otrzymuje Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia  i placówka , która udzieliła świadczeń opieki zdrowotnej . | | | | |
| **Przepisy prawne obowiązujące przy wydawaniu decyzji:** | | | | |
| - Kodeks Postępowania Administracyjnego (tekst jednolity Dz. U. z 2013r. poz.267 z póz. zm.)  - Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2015r. poz. 581)  - Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn. Dz. U. z 20015 r. poz. 163 z późn. zm.) | | | | |
| **O czym wnioskodawca wiedzieć powinien?** | | | | |
| Dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osoby innej niż  ubezpieczeni, posiadającej obywatelstwo polskie i posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która spełnia kryterium dochodowe określone  w przepisach o pomocy społecznej - jest decyzja wójta /burmistrza, prezydenta/ gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy.  Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie wydanej decyzji przysługuje przez okres 90 dni.  Gdy wnioskodawcą jest pacjent prawo do świadczeń zdrowotnych przysługuje od dnia złożenia wniosku, gdy wnioskodawcą jest świadczeniodawca /szpital/ prawo do świadczeń przysługuje od dnia udzielenia świadczenia.  Osoba , która zostanie objęta ubezpieczeniem zdrowotnym i zmieni się jej sytuacja dochodowa lub majątkowa jest obowiązana niezwłocznie poinformować wójta /burmistrza, prezydenta/ gminy, celem stwierdzenia wygaśnięcia decyzji potwierdzającej prawo do opieki zdrowotnej.  Sytuacja dochodowa i majątkowa wnioskodawcy oceniana jest na podstawie rodzinnego wywiadu środowiskowego. | | | | |
| **Co przysługuje wnioskodawcy ?** | | | | |
| * w przypadku przewlekłości w załatwieniu sprawy – przysługuje skarga do Prezydenta Miasta, * odwołanie od decyzji do Samorządowego Kolegium Odwoławczego w Tarnobrzegu, w ciągu 14 dni od daty otrzymania decyzji, za pośrednictwem Prezydenta Miasta . | | | | |
| 9. Wzór wniosku w załączeniu | | | | |
| Wniosek/ podanie/ powinien zawierać imię, nazwisko, PESEL i dokładny adres zamieszkania, określenie przyczyny braku ubezpieczenia zdrowotnego, oraz powód zdrowotny /nagłe pogorszenie stanu zdrowia, konieczność hospitalizacji/. | | | | |
| **NOTATKI**  **Uwaga** :  Decyzję o przyznaniu prawa do świadczeń opieki zdrowotnej wydaje się na wniosek świadczeniobiorcy, a w przypadku stanu nagłego – na wniosek świadczeniodawcy udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej złożony niezwłocznie po udzieleniu świadczenia.  Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie wydanej decyzji przysługuje przez okres 90 dni.Gdy wnioskodawcą jest pacjent prawo do świadczeń zdrowotnych przysługuje od dnia złożenia wniosku, gdy wnioskodawcą jest świadczeniodawca /szpital/ prawo do świadczeń przysługuje od dnia udzielenia świadczenia.  Wójt /burmistrz, prezydent/ gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy może wszcząć postępowanie w celu wydania decyzji również  z własnej inicjatywy lub na wniosek właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ. | | | | |
| ***Urząd Miasta Tarnobrzega czynny jest***  ***od poniedziałku do piątku***  ***w godzinach 730 – 1530.***  ***Wtorek w godzinach***  ***730 – 1630.*** | | *Wpłaty można uiszczać:*   * *w kasie Urzędu Miasta Tarnobrzega znajdującej się w budynku Urzędu przy ul. Mickiewicza 7,*   *w godzinach 730 – 1530*   * *na rachunek bankowy Urzędu Miasta Tarnobrzega*   ***PKO S.A. I o/Tarnobrzeg***  ***nr 18124027441111000039909547*** | | |
| Opracowała: Zdzisława Szpak Inspektor Wydz. Edukacji i Zdrowia | | | Zatwierdziła: Jolanta Kociuba Naczelnik Wydz. Edukacji i Zdrowia | |

Załącznik nr 1 do **PM - 25**

***Imię i nazwisko …………………………………………***

***PESEL:…………………………………………………..***

***Tarnobrzeg, dnia ………….………***

***adres wnioskodawcy ……….…………………………..***

***miejscowość …….…………………….…..…………….***

***numer telefonu*** *…………..…………….………………….*

***Prezydent Miasta Tarnobrzega***

*Proszę o przyznanie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.*

*Prośbę swą uzasadniam tym, ż****e*** *nie posiadam ubezpieczenia zdrowotnego, ponieważ*

*..........................................................................................................................................................................*

*Uzasadnienie wniosku według indywidualnej sytuacji zdrowotnej*

*.........................................................................................................................................................................*

.........................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................

......................................................................

*(podpis wnioskodawcy)*

*Do wniosku załączam :*

*…………………………………………………*

*…………………………………………………*

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych dotyczących mojej osoby (rodziny) zbieranych podczas prowadzenia postępowania w sprawie przyznania prawa do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych**

Podstawa prawna: Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997r. O ochronie danych osobowych ?Dz. U. z 19997r. Nr 133, poz. 883 z póź. zm./.

……………………… ……………………………….

Data podpis świadczeniobiorcy