Załącznik nr 2

*WZÓR*

|  |
| --- |
| **DEKLARACJA WYBORU****świadczeniodawcy realizującego program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej nad dzieckiem urodzonym przedwcześnie KORD** |
| ***UWAGA: Deklarację należy wypełniać czytelnie, drukowanymi literami.*** |
| 1. **Dane osobowe**
 |
|  | **Dane dotyczące dziecka:** |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *(numer karty ubezpieczenia zdrowotnego lub poświadczenia**potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej 1)* |  | *Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia2)* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*(nazwisko)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*(imiona)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |
| (*numer PESEL, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – PESEL opiekuna prawnego lub seria i numer paszportu albo innego dokumentu stwierdzającego tożsamość)*  | *(płeć**K/M)* | *(data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)* |

**Adres zamieszkania:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | / |  |  |  |
| *(ulica)* |  | *(nr domu/mieszkania)* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *(kod pocztowy)* | *(miejscowość)* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *(nazwa gminy)* | *(numer telefonu)* |

**Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | / |  |  |  |
| *(ulica)* | *(nr domu/mieszkania)* |
|  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *(kod pocztowy)* | *(miejscowość)* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *(nazwa gminy)* | *(numer telefonu)* |

 |
|  | **Dane dotyczące opiekuna prawnego dokonującego wyboru:** |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *(nazwisko)* |  | *(imię)* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | matka |
| (*numer PESEL, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – PESEL opiekuna prawnego lub seria i numer paszportu albo innego dokumentu stwierdzającego tożsamość)* |  | *(data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)* |  |  | ojciec |
|  |  |  | inny (jaki?) lub brak  |
|  |  | *(stopień pokrewieństwa z dzieckiem 3))* |

 |
| 1. **Oświadczenia osoby wypełniającej deklarację (opiekuna prawnego dziecka):**
 |
| 1. Oświadczam, że wszystkie dane osobowe zawarte w I części deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym oraz zobowiązuję się do niezwłocznego informowania świadczeniodawcy o zmianie tych danych.
2. Oświadczam, że zostałam(-łem) poinformowana(-ny) o tym, że moje dane osobowe zbierane przez .................................. oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w ……………………....................................... przy ul. ...................................................................................... są przetwarzane w celach wynikających z art. 188 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), a także o obowiązku ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz o tym, że dane te będą udostępniane podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………….. | ……………………………………………………………. | ……………………………………………… |
| *(data: dzień-miesiąc-rok)* | *(podpis opiekuna prawnego dziecka)* | *(podpis osoby przyjmującej deklarację)* |

 |
| 1. **Deklaracja wyboru świadczeniodawcy realizującego program pilotażowy kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie (KORD)**
 |
| 1. **Deklaruję wybór:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *(świadczeniodawca realizujący program pilotażowy)* |

1. **Jest to wybór świadczeniodawcy dokonywany w roku bieżącym3):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| po raz pierwszy |  | po raz kolejny |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………….. | ……………………………………………………………. | ………………………………………………… |
| *(data: dzień-miesiąc-rok)* | *(podpis opiekuna prawnego dziecka)* | *(podpis osoby przyjmującej deklarację)* |

 |
| 1. **Rezygnacja z wyboru świadczeniodawcy realizującego program pilotażowy kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie (KORD)**
 |
| Rezygnuję z wyboru świadczeniodawcy realizującego program pilotażowy kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie (KORD)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *(świadczeniodawca realizujący program pilotażowy)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………….. | ……………………………………………………………. | ……………………………………………… |
| *(data: dzień-miesiąc-rok)* | *(podpis opiekuna prawnego dziecka)* | *(podpis osoby przyjmującej deklarację)* |

 |
|

|  |
| --- |
| …………………………………………………….. |
| (pieczątka, nadruk lub naklejka ośrodka koordynującego KORD zawierająca nazwę, adres siedziby oraz numer identyfikacyjny umowy) |

 |

|  |
| --- |
| …………………………………………………….. |
| (pieczątka, nadruk lub naklejka miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zawierająca nazwę, adres oraz numer identyfikacyjny umowy) |

 |
| **POUCZENIE****Informacja dla wypełniającego deklarację**1. Możliwe jest wybranie tylko jednego świadczeniodawcy realizującego program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD.
2. Złożenie deklaracji wyboru do kolejnego ośrodka koordynującego KORD realizującego program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD unieważnia poprzedni wybór.
 |
| **Objaśnienia:**1) Jeżeli świadczeniobiorcy została wydana karta ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji w rozumieniu art. 5 pkt 23 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.) – numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w rozumieniu art. 52 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.2) Wypełnić w przypadku dokonania wyboru. Określając kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, należy podać kod oddziału wojewódzkiego właściwego ze względu na siedzibę świadczeniodawcy (01 – Dolnośląski, 02 – Kujawsko-Pomorski, 03 – Lubelski, 04 – Lubuski, 05 – Łódzki, 06 – Małopolski, 07 – Mazowiecki, 08 – Opolski, 09 – Podkarpacki, 10 – Podlaski, 11 – Pomorski, 12 – Śląski, 13 – Świętokrzyski, 14 – Warmińsko-Mazurski, 15 – Wielkopolski, 16 – Zachodniopomorski).3) Właściwe zakreślić znakiem „x”. |