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”. | | |