



Gmina Zawiercie ul. Leśna 2

42-400 Zawiercie

Tel. 32 49 41 265

urząd@zawiercie.eu

.....
Nazwa podmiotu
realizującego program

WNIOSEK

o objęcie dofinansowaniem w ramach programu polityki zdrowotnej pn. „ Leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców gminy Zawiercie na lata 2023-2026”.

My niżej podpisani:

Imię i nazwisko (kobieta)

Data urodzenia.....

Imię i nazwisko (mężczyzna)

Numer telefonu adres email

wnoskujemy o objęcie dofinansowaniem w ramach programu polityki zdrowotnej pn. „ Leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców gminy Zawiercie na lata 2023-2026”

Jednocześnie oświadczamy, że:

1. pozostajemy w związku małżeńskim/partnerskim*
2. zamieszkujemy na terenie miasta Zawiercie z zamiarem stałego pobytu od co najmniej 2 lat:

Imię Nazwisko

PESEL

ulica nr domu nr lokalu

do umowy nr na realizację programu
polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności metodą
zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców
gminy Zawiercie w latach 2023-2026

Imię Nazwisko
PESEL
ulica nr domu nr lokalu

3. Rozliczyłem/łam podatek od dochodów osobistych (PIT) w Zawierciu za rok 2021 i 2022.
4. poddaliśmy się wcześniejszemu leczeniu niższego rzędu, które zakończyło się niepowodzeniem / posiadamy bezpośrednie wskazanie do zapłodnienia pozaustrojowego*.
5. ubiegamy się o dofinansowanie do zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego realizowanego w ramach Programu u jednego Realizatora podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń polegających na leczeniu niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego.
6. jesteśmy świadomi, iż możemy skorzystać wyłącznie z jednokrotnego dofinansowania w ramach realizacji programu w latach 2023-2026.
7. podane wyżej dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym co potwierdzamy własnoręcznym podpisem.
8. w przypadku skorzystania z dofinansowania w ramach Programu nienależnie zobowiązujemy się do zwrotu kosztów dofinansowania poniesionych przez Gminę Zawiercie na rzecz Realizatora Programu;
9. znamy zasady finansowania procedury, w tym ceny poszczególnych badań, świadczeń zdrowotnych i usług;

Pouczenie:

1. Art. 233 § 1 Kodeksu karnego: *Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę – podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8;*

2. Art. 233 § 6 Kodeksu karnego: *Przepisy § 1 (...) stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenia;*

3. *Organizator Programu informuje, że w przypadku podejrzenia o popełnieniu przestępstwa zobowiązany jest niezwłocznie zawiadomić o tym Policję lub prokuratora.*

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z pouczeniem o odpowiedzialności karnej, co przyjmujemy do wiadomości i potwierdzamy własnoręcznym podpisem:

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis – kobieta)

.....
(podpis – mężczyzna)

* właściwie podkreślić