

**WNIOSEK KWALIFIKACJI DO DOFINANSOWANIA W RAMACH PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ
pn. – „Wsparcie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego – in vitro dla
mieszkańców powiatu oświęcimskiego w latach 2024 – 2026”**

Adresat Wniosku: Starostwo Powiatowe w Oświęcimiu, Wydział Edukacji, Zdrowia i Spraw Społecznych, telefon: 33/844 97 05, adres e-mail: in vitro@powiat.oswiecim.pl

Dane Realizatora	
1.	Nazwa Realizatora (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)
2.	Adres siedziby Realizatora (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)
3.	Adres miejsca wykonywania programu
4.	Nr telefonu
5.	Adres elektroniczny Realizatora

Dane Pary	
1.	Data pozytywnego rozpatrzenia przez Realizatora złożonego przez Parę wniosku
2.	Kobieta Imię i nazwisko oraz PESEL
3.	Mężczyzna Imię i nazwisko oraz PESEL
4.	Adres zamieszkania
5.	Oświadczenie pary potwierdzające zamieszkanie na terenie powiatu oświęcimskiego proszę wpisać TAK lub NIE
6.	Oświadczenie Pary, że przynajmniej jedna osoba z pary rozliczyła podatek dochodowy na terenie powiatu oświęcimskiego przynajmniej raz w ostatnich trzech latach. proszę wpisać TAK i podać rok lub wpisać NIE
7.	Para spełnia określone ustawą oraz Programem (w tym spełnia kryteria włączenia i brak jest kryteriów wykluczających) warunki podjęcia terapii metodą zapłodnienia pozaustrojowego proszę wpisać TAK lub NIE

8.	Para wyraziła zgodę na samodzielne pokrycie kosztów przechowywania kriokonserwowanych zarodków oraz ich ewentualnych kriotransferów a także na ewentualne pokrycie kosztów kriokonserwacji oocytów	<p style="text-align: center;">..... proszę wpisać TAK lub NIE</p>
9.	Procedura do której para została zakwalifikowana	1. Procedura zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem własnych gamet pary (dawstwo partnerskie) lub z wykorzystaniem nasienia dawcy (dawstwo inne niż partnerskie) 2. Procedura zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem żeńskich komórek rozrodczych od anonimowej dawczyni (dawstwo inne niż partnerskie) 3. Procedura adopcji zarodka (dawstwo inne niż partnerskie) 4. Procedura zabezpieczenia płodności u pacjentek przed leczeniem onkologicznym wraz z ewentualnym zapłodnieniem pozaustrojowym z wykorzystaniem własnych gamet pary (dawstwo partnerskie) lub z wykorzystaniem nasienia dawcy (dawstwo inne niż partnerskie) (proszę zaznaczyć/wpisać właściwą procedurę)
10.	Kwota dofinansowania Procedury	

Oświadczam, że niniejszy formularz jest składany zgodnie ze wszystkimi postanowieniami umowy zawartej z Powiatem Oświęcimskim na realizację programu polityki zdrowotnej pn. – "Wsparcie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego - in vitro dla mieszkańców powiatu oświęcimskiego w latach 2024 - 2026".

Oświadczam, że Para przeszła kwalifikację medyczną i spełnia warunki do podjęcia terapii metodą zapłodnienia pozaustrojowego.

Oświadczam, że zapoznano Parę z Programem i wszystkimi wymogami związanym z udziałem i zasadami finansowania.

.....
data, podpis/ podpisy osoby/ osób upoważnionej/ upoważnionych przez Realizatora

.....
Data, podpisy Pary zakwalifikowanej przez Realizatora do programu

ANALIZA FORMALNA WNIOSKU – WYPEŁNIA STAROSTWO POWIATOWE W OŚWIĘCIMIU Dotyczy Pary:		
1.	Data wpływu wniosku od Realizatora	
2.	Numer wniosku nadany przez Powiat	
3.	Czy wniosek został wypełniony poprawnie i zawiera oświadczenia oraz informacje umożliwiające jego rozpatrzenie Wpisać TAK lub NIE	
KWALIFIKACJA WNIOSKU DO DOFINANSOWANIA		
4.	Czy wniosek został zakwalifikowany do dofinansowania procedury zapłodnienia pozaustrojowego Wpisać TAK lub NIE	

.....

Data i podpis

ANALIZA FORMALNA WNIOSKU – WYPEŁNIA STAROSTWO POWIATOWE W OŚWIĘCIMIU
Dotyczy Pary:

1.	Data wpływu wniosku od Realizatora	
2.	Numer wniosku nadany przez Powiat	
3.	Czy wniosek został wypełniony poprawnie i zawiera oświadczenia oraz informacje umożliwiające jego rozpatrzenie Wpisać TAK lub NIE	
KWALIFIKACJA WNIOSKU DO DOFINANSOWANIA		
4.	Czy wniosek został zakwalifikowany do dofinansowania procedury zapłodnienia pozaustrojowego Wpisać TAK lub NIE	

.....
Data i podpis