

## WNIOSEK O DOFINANSOWANIE PROCEDURY ZAPŁODNIENIA POZAUSTROJOWEGO METODĄ IN VITRO

ADRESAT WNIOSKU	DATA WPŁYWU WNIOSKU
<b>Urząd Miasta Gorzowa Wielkopolskiego</b> <b>ul. Sikorskiego 4</b> <b>66-400 Gorzów Wielkopolski.</b> <b>Wydział Spraw Społecznych</b> <b>Urząd Miasta Gorzowa Wielkopolskiego</b> <b>tel. 95 7355 846</b> <b>e-mail: wss@um.gorzow.pl</b>	
NR WNIOSKU*	

*\*numer wniosku nadaje Wydział Spraw Społecznych Urzędu Miasta Gorzowa Wielkopolskiego*

### **CZĘŚĆ A (wypełniają Wnioskodawcy)**

DANE WNIOSKODAWCÓW																						
<b>KOBIETA</b>	..... Imię i nazwisko	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <th colspan="10" style="text-align: center;">PESEL</th> </tr> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>	PESEL																			
PESEL																						
<b>Adres zamieszkania</b>																						
<b>MĘŻCZYZNA</b>	..... Imię i nazwisko	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <th colspan="10" style="text-align: center;">PESEL</th> </tr> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>	PESEL																			
PESEL																						
<b>Adres zamieszkania</b>																						
<b>Telefon kontaktowy</b>																						

### **ZAKRES PROGRAMU**

Program zapewnia możliwość skorzystania z procedury zapłodnienia pozaustrojowego in vitro parom, u których stwierdzono niepłodność, a inne możliwości terapeutyczne nie istnieją lub zostały już wykorzystane. W ramach miejskiego Programu, po pozytywnej kwalifikacji formalnej i medycznej, para może skorzystać z dofinansowania jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego lub jednej procedury adopcji zarodka. Dofinansowanie mogą otrzymać pary, które uzyskały pozytywną kwalifikację medyczną do Programu i spełniają następujące warunki:

- wiek kobiety mieści się w przedziale 20 - 43 lat wg rocznika urodzenia;
- osoby, które spełniają ustawowe warunki podjęcia terapii metodą zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa partnerskiego lub innego niż partnerskie, lub przystąpienia do procedury dawstwa zarodka;
- osoby, które są mieszkańcami Gorzowa Wielkopolskiego;
- osoby, które wyraziły zgodę na poniesienie kosztów kriokonserwacji i przechowywania zarodków.

## OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCÓW

(wypełniają Wnioskodawcy)

Przystępując do udziału w Programie polityki zdrowotnej na podstawie uchwały Nr XXXV/615/2021 Rady Miasta Gorzowa Wielkopolskiego z dnia 31 marca 2021 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego – in vitro dla mieszkańców Gorzowa Wielkopolskiego w latach 2021-2024”, my niżej podpisani

..... (kobieta – imię i nazwisko);

.....(mężczyzna – imię i nazwisko);

oświadczamy, że:

1. zapoznaliśmy się z informacją na temat zakresu Programu i warunków uczestnictwa w Programie;
2. pozostajemy w związku małżeńskim/partnerskim;
3. posiadamy bezpośrednie wskazanie do zapłodnienia pozaustrojowego potwierdzone dokumentacją medyczną;
4. oświadczamy, że zamieszkujemy na terenie Gorzowa Wielkopolskiego.
5. w przypadku skorzystania z dofinansowania w ramach Programu nienależnie zobowiązujemy się do zwrotu kosztów dofinansowania poniesionych przez Miasto Gorzów Wielkopolski na rzecz Realizatora Programu.

.....  
(podpis – kobieta)

.....  
(podpis – mężczyzna)

.....  
(miejscowość, dnia)

## INFORMACJE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

(wypełniają Wnioskodawcy)

Przystępując do udziału w Programie realizowanym na podstawie uchwały Nr XXXV/615/2021 Rady Miasta Gorzowa Wielkopolskiego z dnia 31 marca 2021 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego – in vitro dla mieszkańców Gorzowa Wielkopolskiego w latach 2021-2024”, **wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Administratora - Prezydenta Miasta Gorzowa Wielkopolskiego**, z siedzibą przy ul. Sikorskiego 4 Gorzów Wielkopolski, moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu wniosku o dofinansowanie procedury zapłodnienia pozaustrojowego, które będą przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku oraz zweryfikowania uprawnień kwalifikujących mnie do Programu.

.....  
(podpis – kobieta)

.....  
(miejscowość, dnia)

.....  
(podpis – mężczyzna)

**Przyjmuję do wiadomości, iż:**

- 1) wyznaczono Inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować poprzez e-mail: [iod@um.gorzow.pl](mailto:iod@um.gorzow.pl) lub pisemnie na adres:  
*Urząd Miasta Gorzowa Wielkopolskiego. ul. Sikorskiego 4, 66-400 Gorzów Wlkp*
- 2) dane po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania przepisów dotyczących archiwizowania danych obowiązujących u Administratora;
- 3) zgoda na przetwarzanie danych osobowych może zostać cofnięta w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- 4) osoby, których dane dotyczą, mają prawo do:
  - a) dostępu do swoich danych osobowych,
  - b) żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe,
  - c) żądania usunięcia danych, gdy:
    - dane nie są niezbędne do celów, dla których zostały zebrane,
    - po cofnięciu zgody na przetwarzanie danych,
    - dane przetwarzane są niezgodnie z prawem,
  - d) żądania ograniczenia przetwarzania, gdy:
    - osoby te kwestionują prawidłowość danych,
    - przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych,
    - Administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;
- 5) mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 6) podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do rozpatrzenia mojego wniosku o dofinansowanie procedury zapłodnienia pozaustrojowego in vitro w programie polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego – in vitro dla mieszkańców Gorzowa Wielkopolskiego w latach 2021-2024”;
- 7) dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu;
- 8) odbiorcami danych są podmioty zajmujące się obsługą informatyczną Administratora, podmioty, którym Administrator zlecił realizację Programu oraz mogą być podmioty upoważnione do tego na podstawie przepisów prawa.

**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, dnia)

.....  
..  
(podpis – kobieta)

.....  
...  
(podpis – mężczyzna)

**CZĘŚĆ B (wypełnia Realizator Programu)****DANE ORGANIZACYJNE REALIZATORA PROGRAMU****Dane Realizatora  
Programu  
/Pieczętka/**

Nr umowy

**KWALIFIKACJA MEDYCZNA****INFORMACJE REALIZATORA**

- Wnioskodawcy ubiegający się o dofinansowanie do procedury zapłodnienia pozaustrojowego in vitro przeszli kwalifikację medyczną i spełniają ustawowe warunki podjęcia terapii metodą zapłodnienia pozaustrojowego, w związku z czym zostali zakwalifikowani do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego przez Realizatora Programu zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii oraz zgodnie z ustawą o leczeniu niepłodności z dnia 25 czerwca 2015 roku.
  
- Wnioskodawcy ubiegający się o dofinansowanie do procedury zapłodnienia pozaustrojowego nie przeszli kwalifikacji medycznej i/lub nie spełniają ustawowych warunków podjęcia terapii metodą zapłodnienia pozaustrojowego, w związku z czym nie zostali zakwalifikowani do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego przez Realizatora Programu zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii oraz zgodnie z ustawą o leczeniu niepłodności z dnia 25 czerwca 2015 roku

..... , dnia .....

.....  
(podpis i pieczętka Realizatora Programu)

**CZĘŚĆ C (wypełnia Organizator Programu)****WYDZIAŁ SPRAW SPOŁECZNYCH URZĘDU MIASTA GORZOWA WIELKOPOLSKIEGO**

<b>ANALIZA FORMALNA WNIOSKU (właściwe zaznaczyć)</b>	<b>Tak</b>	<b>Nie</b>	<b>Brak danych</b>
Dane Wnioskodawców zawarte we wniosku umożliwiają ich weryfikację uprawnień kwalifikującym do dofinansowania procedury zapłodnienia pozaustrojowego in vitro.			
Wniosek został wypełniony poprawnie i zawiera oświadczenia oraz informacje umożliwiające jego rozpatrzenie przy kwalifikacji do Programu.			
Wiek kobiety w dniu złożenia wniosku mieści się w przedziale 20–43 lata wg rocznika urodzenia, zatem Wnioskodawczyni spełnia kryterium wiekowe kwalifikujące do Programu.			

Analiza formalna wniosku wraz z załącznikami przeprowadzona w dniu .....

.....  
(podpis i pieczęć i pracownika)

**ANALIZA MERYTORYCZNA WNIOSKU**

- Z treści złożonego wniosku i przedstawionych przez Wnioskodawców danych wynika, że Wnioskodawcy spełniają kryteria włączenia do programu polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego – in vitro dla mieszkańców Gorzowa Wielkopolskiego w latach 2021-2024” i otrzymania dofinansowania do procedury zapłodnienia pozaustrojowego.
- Z treści złożonego wniosku oraz przedstawionych przez wnioskodawców danych wynika, że Wnioskodawcy nie spełniają kryteriów włączenia do programu polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego – in vitro dla mieszkańców Gorzowa Wielkopolskiego w latach 2021-2024” i otrzymania dofinansowania do procedury zapłodnienia pozaustrojowego.

....., dnia .....

.....  
(podpis i pieczęć kierownika)

**KWALIFIKACJA DO DOFINANSOWANIA**

- Wniosek został zakwalifikowany do dofinansowania procedury zapłodnienia pozaustrojowego in vitro w ramach środków zabezpieczonych na realizację programu polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Gorzowa Wielkopolskiego w latach 2021-2024”.
- Wniosek nie został zakwalifikowany do dofinansowania procedury zapłodnienia pozaustrojowego in vitro w ramach środków zabezpieczonych na realizację programu polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Gorzowa Wielkopolskiego w latach 2021-2024” i nie podlega dalszemu procedowaniu przez Organizatora Programu.

....., dnia .....

.....  
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej)