



WNIOSEK O OBJĘCIE DOFINANSOWANIEM
w ramach programu polityki zdrowotnej pn. „Wsparcie leczenia niepłodności metodą
zapłodnienia pozaustrojowego – in vitro dla mieszkańców województwa śląskiego na lata 2023-
2026” realizowanego w latach 2023-2024.

My niżej podpisani:

Imię i nazwisko (kobieta):

Adres zamieszkania:

Rok urodzenia:

Imię i nazwisko (mężczyzna):

Adres zamieszkania:

wnioskujemy o objęcie dofinansowaniem w ramach programu polityki zdrowotnej pn. „Wsparcie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego – in vitro dla mieszkańców województwa śląskiego na lata 2023-2026” realizowanego w latach 2023-2024 przez samorząd województwa śląskiego (dalej „Program”).

OŚWIADCZENIA

Oświadczamy, że:

1. pozostajemy w związku małżeńskim albo partnerskim¹
2. od min. trzech miesięcy co najmniej jedna z osób zamieszkuje na terenie województwa śląskiego²;
3. ubiegamy się o dofinansowanie do zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego realizowanego w ramach Programu tylko u jednego Realizatora Programu – podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń polegających na leczeniu niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego³, oraz nie jesteśmy obecnie uczestnikiem innego programu w zakresie dofinansowania leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego finansowanego ze środków publicznych,
4. wyrażamy świadomą zgodę na udział w Programie,
5. jesteśmy świadomi, że realizacja Programu – realizacja zadania w latach 2023-2024 trwa do 15 grudnia 2024 r., oraz wyrażamy zgodę na samodzielne pokrycie kosztów przechowywania kriokonserwowanych zarodków oraz ich ewentualnych kriotransferów i zobowiązujemy się do pokrycia tych kosztów ze środków własnych po okresie realizacji Programu,
6. udostępniono nam informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.

Zobowiązujemy się do:

1. stawienia się na wizytę kwalifikacyjną w wyznaczonym przez Realizatora terminie;

¹ Zgodnie z definicją dawstwa partnerskiego określoną w art. 2 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności

² Wymóg zamieszkiwania na terenie województwa śląskiego może spełniać tylko jedna z osób pozostających w związku małżeńskim albo partnerskim

³ Realizator zobowiązany jest do przekazania numeru PESEL zakwalifikowanej osoby do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego (Departament Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia), w celu weryfikacji



2. pisemnego powiadomienia Realizatora o ewentualnej rezygnacji z udziału w Programie;
3. aktywnego uczestniczenia w Programie tj. zgłaszania się na wszystkie wyznaczone przez podmiot leczniczy wizyty i zabiegi;
4. poinformowania Realizatora Programu (podmiotu leczniczego) o narodzinach dziecka w wyniku przeprowadzonej procedury medycznej;
5. wypełnienia anonimowej ankiety w celu umożliwienia oceny jakości udzielonych świadczeń na zakończenie udziału w Programie w roku 2024.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis – kobieta)

.....
(podpis – mężczyzna)

(WYPEŁNIA REALIZATOR)

DATA I GODZINA ZŁOŻENIA WNIOSKU U REALIZATORA

Wniosek złożono w dniu:

o godzinie:

.....
(data i podpis osoby uprawnionej z ramienia Realizatora)

KWALIFIKACJA DO PROGRAMU

Ocena merytoryczna:

Czy wnioskujący spełniają kryteria kwalifikacji do udziału w Programie polityki zdrowotnej?	☐ TAK	☐ NIE
Czy występują kryteria wykluczające z Programu?	☐ TAK	☐ NIE

Potwierdzenie dostępności miejsc w ramach Programu, zgodnie z kolejnością zgłoszeń:

☐ TAK ☐ NIE

Decyzja Realizatora o zakwalifikowaniu do Programu:

☐ TAK ☐ NIE

.....
(data i podpis osoby uprawnionej z ramienia Realizatora)