

**WNIOSEK
O UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ
pn. „Gminny Program Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego
dla mieszkańców Krakowa”**

Wnioskodawca:

imię	nazwisko	PESEL	data urodzenia	nr i seria dowodu osobistego
------	----------	-------	----------------	------------------------------

adres zamieszkania:

ul.	nr domu	nr mieszkania	kod pocztowy	Kraków miejscowość
-----	---------	---------------	--------------	-----------------------

dane kontaktowe:

adres e-mail	telefon
--------------	---------

Wnioskodawca:

imię	nazwisko	PESEL	data urodzenia	nr i seria dowodu osobistego
------	----------	-------	----------------	------------------------------

adres zamieszkania:

ul.	nr domu	nr mieszkania	kod pocztowy	Kraków miejscowość
-----	---------	---------------	--------------	-----------------------

dane kontaktowe:

adres e-mail	telefon
--------------	---------

My, niżej podpisani i wnosimy o przyjęcie do udziału w Programie Polityki Zdrowotnej Gminy Miejskiej Kraków pn. Gminny Program Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego dla mieszkańców Krakowa i oświadczamy, że:

1. zapoznaliśmy się z treścią Programu Polityki Zdrowotnej Gminy Miejskiej Kraków na lata 2023-2025 „Gminny Program Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego dla mieszkańców Krakowa” przyjętego uchwałą Nr XCIII/2572/22 Rady Miasta Krakowa z dnia 31 sierpnia 2022 r. i w pełni akceptujemy jego założenia,
2. znamy zasady finansowania procedury, w tym ceny poszczególnych badań, świadczeń zdrowotnych i usług,
3. zamieszkujemy w Krakowie z zamiarem stałego pobytu,

4. znamy wysokość i zasady udzielanego przez Gminę dofinansowania do procedur określonych Programem oraz informacje o kosztach i obowiązkach, jakie będą po naszej stronie, w pełni akceptujemy te ustalenia i nie będziemy w przyszłości wnosić jakichkolwiek roszczeń względem Gminy;
5. mamy świadomość i akceptujemy to, że Gmina w ramach Programu dofinansowuje parom jedną zindywidualizowaną procedurę medycznie wspomaganą reprodukcji i że warunkiem niezbędnym do wypłaty dofinansowania Gminy jest przeprowadzenie co najmniej wymienionych w Programie interwencji,
6. wyrażamy zgodę na pokrycie kosztów leczenia w kwocie przekraczającej dofinansowanie uzyskane na podstawie Gminnego Programu Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego dla mieszkańców Krakowa przyjętego uchwałą Nr XCIII/2572/22 Rady Miasta Krakowa z dnia 31 sierpnia 2022 r.,
7. jesteśmy świadomi tego i akceptujemy to, że ewentualna kriokonserwacja komórek jajowych, oocytów i/lub zarodków oraz ich przechowywanie nie są kosztami finansowanymi przez Gminę i wyrażamy zgodę na samodzielne pokrycie wymienionych wyżej kosztów, w tym w szczególności kosztów przechowywania kriokonserwowanych zarodków powstałych w efekcie przeprowadzonej w ramach Programu procedury zapłodnienia pozaustrojowego oraz ich ewentualnych kriotransferów, a także ewentualne pokrycie kosztów kriokonserwacji oocytów i zobowiązujemy się do pokrycia opisanych wyżej kosztów,
8. jesteśmy świadomi tego i akceptujemy to, że mamy prawo do rezygnacji z uczestnictwa w Programie na każdym jego etapie, jednak w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Programie przed zakończeniem leczenia z przyczyn innych niż medyczne lub inne niż obiektywne i niezależne od nas, dofinansowanie Gminy w takim przypadku nie przysługuje i nie zostanie wypłacone, zaś my będziemy zobowiązani sfinansować przeprowadzone procedury z własnych środków i zobowiązujemy się, że w wyżej opisanym przypadku zapłacimy pełny koszt przeprowadzonej procedury na pierwsze wezwanie,
9. zobowiązujemy się iż będziemy potwierdzać wykonanie przeprowadzonej procedury w ramach Programu na formularzu sprawozdawczym własnoręcznym podpisem,
10. jesteśmy świadomi tego i akceptujemy to, że jeżeli procedura medycznie wspomaganą reprodukcji zakończy się na wcześniejszym etapie z przyczyn medycznych lub obiektywnych i niezależnych od pary, dofinansowanie Gminy obejmuje przeprowadzone do tego etapu elementy terapii, przy czym do wysokości 5000 zł brutto – w przypadku procedury zapłodnienia pozaustrojowego oraz do wysokości 2500 zł brutto – w przypadku procedury adopcji zarodka,
11. jesteśmy świadomi i akceptujemy to, że będziemy zobowiązani do poniesienia kosztów ewentualnych kolejnych procedur zapłodnienia pozaustrojowego oraz kolejnych procedur adopcji zarodka, ponad te dofinansowywane na podstawie Programu,
12. zobowiązujemy się informować Ośrodek medycznie wspomaganą prokreacji Artvimed-Chrobry spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa o wynikach leczenia przeprowadzonego w ramach Programu, w szczególności o powodzeniu leczenia, przebiegu ciąży i porodu oraz sytuacji zdrowotnej dziecka po narodzinach, zgodnie z postanowieniami Programu,
13. spełniamy określone ustawą z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności warunki podjęcia terapii metodą zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa partnerskiego lub innego niż partnerskie lub przystąpienia do procedury dawstwa zarodka, w szczególności oświadczamy, że w okresie poprzedzającym zawarcie niniejszej Umowy przez okres nie krótszy niż 12 (słownie: dwanaście) miesięcy podejmowaliśmy leczenie niepłodności metodą inną niż zapłodnienie pozaustrojowe,
14. posiadamy aktualne wyniki badań określonych Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2015 roku w sprawie wymagań zdrowotnych dla kandydata na dawcę komórek rozrodczych w celu dawstwa partnerskiego i dawstwa innego niż partnerskie oraz dla biorczyni komórek rozrodczych i zarodków oraz szczegółowych warunków pobierania komórek

- rozdrodzych w celu zastosowania w procedurze medycznie wspomaganą prokreacji i przedstawiamy ich kopię w załączeniu do wniosku,
15. przedkładamy kopię posiadanej dokumentacji medycznej i badań umożliwiających kwalifikację do Programu, a w przypadku zakwalifikowania nas do Programu wyrażamy zgodę na włączenie tej dokumentacji do naszej dokumentacji medycznej prowadzonej przez Ośrodek,
 16. wyrażamy zgodę na przekazanie naszych danych osobowych oraz danych medycznych zawartych w dokumentacji, o której mowa w pkt 13 i 14 zespołowi konsultacyjnemu w celu rozpatrzenia naszego wniosku oraz przeprowadzenia kwalifikacji do udziału w Programie zgodnie z jego postanowieniami, jak również wyrażamy zgodę na przekazywanie Gminie Miejskiej Kraków przez Artvimed-Chrobry spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa danych dotyczących udziału w Programie (data rozpatrzenia przez Artvimed-Chrobry spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa złożonego przez nas wniosku, adres e-mail, numer PESEL kobiety i numer PESEL mężczyzny, adres zamieszkania kobiety, adres zamieszkania mężczyzny, potwierdzenie, że spełniamy określone ustawą z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności oraz Programem warunki podjęcia terapii metodą zapłodnienia pozaustrojowego, informacja o wyrażeniu przez nas zgody na samodzielne pokrycie kosztów przechowywania kriokonserwowanych zarodków oraz ich ewentualnych kriotransferów a także na ewentualne pokrycie kosztów kriokonserwacji oocytów, wskazanie procedury, do której zostaliśmy zakwalifikowani, wykaz badań, świadczeń zdrowotnych i usług wykonanych na naszą rzecz, koszt procedury z podziałem na dofinansowanie Gminy Miejskiej Kraków i koszt własny pary) oraz wyników leczenia przeprowadzonego w ramach Programu (informacja o ciąży, informacja o tym, czy ciąża jest pojedyncza czy wielopłodowa, informacja o narodzinach, informacja o powikłaniach w postaci zespołu hiperstymulacji u pacjentki, informacja o niepowodzeniu leczenia, informacja o przyczynach niepowodzeń procedur wykonanych w ramach Programu, poziom satysfakcji uczestników Programu),
 17. zobowiązujemy się, iż po potwierdzeniu dofinansowania przez Gminę zawrzemy z Realizatorem Programu umowę w formie pisemnej, w sprawie realizacji Programu i zindywidualizowanej procedury medycznie wspomaganą reprodukcji, zgodnie z postanowieniami Programu

Oświadczamy, iż opisane wyżej zgody i zobowiązania składamy dobrowolnie będąc świadomymi, iż ich złożenie jest warunkiem obligatoryjnym uczestnictwa w Programie.

Kraków, dnia,

Podpis

Kraków, dnia,

Podpis