

**Powiat Olkuski**

**WNIOSEK**

o objęcie dofinansowaniem w ramach programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie diagnozowania i leczenia niepłodności dla mieszkańców Powiatu Olkuskiego na rok 2024”

My niżej podpisani:

Imię i nazwisko (kobieta)………………………………………………………

Data urodzenia………………………………………………………………….

Imię i nazwisko (mężczyzna)………………………………………………….

Numer telefonu …………………………….. ………..

adres e-mail ……………………………………………

wnioskujemy o objęcie dofinansowaniem w ramach programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie diagnozowania i leczenia niepłodności dla mieszkańców Powiatu Olkuskiego na rok 2024”

Jednocześnie oświadczamy, że:

1. pozostajemy w związku małżeńskim/partnerskim\*
2. zamieszkujemy na terenie powiatu olkuskiego\*\*

Miejscowość……………………………………………………………………………………………..

Ulica………………………………………………………………………………………………………

Nr domu/nr lokalu……………………………………………………………………………………….

Gmina…………………………………………………………………………………………………….

1. informacje zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym oraz jesteśmy świadomi odpowiedzialności karnej za przestępstwo składania fałszywych zeznań (art. 233§ 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – kodeks karny: „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 m-cy do 8lat) co potwierdzamy własnoręcznym podpisem.
2. jesteśmy świadomi, że pacjenci, którzy skorzystają z dofinansowania leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego w ramach niniejszego Programu zobligowani są do informowania o wynikach leczenia, w szczególności o powodzeniu leczenia, przebiegu ciąży i porodu, sytuacji zdrowotnej dziecka po narodzinach
3. jesteśmy świadomi, że dofinansowanie z budżetu Powiatu Olkuskiego wynosi do 1.780 PLN brutto do interwencji przewidzianych w I części (diagnostycznej) Programu oraz 5.000 PLN brutto do jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego (II część Programu) lub 3.000 PLN brutto do jednej procedury dawstwa zarodka (adopcji zarodka).
4. jesteśmy świadomi, że koszty ewentualnych, kolejnych badań, konsultacji oraz zabiegów diagnostycznych nie objętych finansowaniem w ramach niniejszego Programu pozostają kosztami własnymi pary, z wyłączeniem dofinansowania jednej, zindywidualizowanej procedury zapłodnienia pozaustrojowego dla par zakwalifikowanych do II części Programu.

Miejscowość i data……………………………………………………………………………………

Podpis - kobieta ………………………………………………………………………………………

Podpis - mężczyzna………………………………………………………………………………….

\*właściwe podkreślić

\*\* może dotyczyć tylko jednej z osób pozostającej w związku małżeńskim lub partnerskim