|  |  |
| --- | --- |
| **NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA** | **WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTU S1OSOBIE ZAMIESZKAŁEJ W INNYM PAŃSTWIE UE/EFTA** |

***Uwaga: Formularz należy wypełnić w języku polskim, czytelnie, drukowanymi literami, bez skreśleń i poprawek, na maszynie, na komputerze lub odręcznie pismem trwałym, zgodnie z opisem pól.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. DANE OSOBY ZAMIESZKAŁEJ W INNYM PAŃSTWIE UE/EFTA** | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwisko** | | | | **Imię (imiona)** | | | | | | **Data urodzenia (dd / mm / rrrr)**    **…… …… …………** | | |
| **Dokument potwierdzający tożsamość**    **Seria …… Numer ……………………………………………** | | | | | | **PESEL**    **…… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……** | | | | | | |
| **1.1** | **Adres zamieszkania w innym państwie UE/EFTA** | | | | | | | | | | | |
| Państwo | | Miejscowość | | | | | | | | Kod pocztowy | | |
| Ulica | | | | | Nr domu | | | Nr lokalu | Nr telefonu | | | |
| **2. TYTUŁ WNIOSKODAWCY****DO DOKUMENTU S1 (zaznaczyć właściwe)** | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 | Osoba objęta obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ zamieszkała w innym państwie UE/EFTA | | | | | | | | | | | |
| 2.2 | Osoba pobierająca świadczenia przedemerytalne z ZUS zamieszkała w innym państwie UE/EFTA | | | | | | | | | | | |
| 2.3 | Osoba stale wykonująca działalność zawodową w Polsce i w innym państwie UE/EFTA zamieszkała w państwie UE/EFTA innym niż państwa, w których wykonuje działalność zawodową | | | | | | | | | | | |
| 2.4 | Osoba wykonująca w państwie UE/EFTA innym niż Polska, w którym mieszka, pracę najemną na rzecz polskiego pracodawcy | | | | | | | | | | | |
| **3. DANE INSTYTUCJI UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO W MIEJSCU ZAMIESZKANIA** | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwa** | | | | | | | | | | | | |
| **Państwo** | | | **Miejscowość** | | | | | | | | **Kod pocztowy** | |
| **Ulica** | | | | | | | | | **Nr domu** | | | **Nr lokalu** |
| **4. DATA ZMIANY PAŃSTWA ZAMIESZKANIA** | | | | | | | **……/……/…………** | | | | | |
| **5. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTU S1 (zaznaczyć właściwe)** | | | | | | | | | | | | |
| osobiście pocztą na adres za pośrednictwem pocztą na adres:  wskazany w pkt. … osoby upoważnionej ..............................................................  ............................................................... | | | | | | | | | | | | |
| **6. WYMAGANE DOKUMENTY (podać liczbę załączników)** | | | | | | | …………… | | | | | |
| **7. POTWIERDZAM ODBIÓR DOKUMENTU S1** | | | | | | | …… / …… / ………… (dd/mm/rrrr) ………………………..… (czytelny podpis osoby upoważnionej) | | | | | |

*Oświadczam, że nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu w innym państwie UE albo EFTA.*

*W przypadku konieczności ustalenia właściwego ustawodawstwa zwracam się z wnioskiem o wydanie decyzji w tej sprawie zgodnie z art. 109 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r., o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U.z 2008 r. Nr 164, poz.1027 z późn. zm.).*

*Oświadczam, iż wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej na podstawie art. 233 § 1 Kodeksu karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.*

*Oświadczam, że zostałem poinformowany/-a, o obowiązku, o którym mowa w art. 3 ust. 2 rozporządzenia Rady i PE (WE) nr 987/2009 z dn. 16.09.2009 r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, przekazywania …………… Oddziałowi Wojewódzkiemu NFZ informacji, dokumentów lub dowodów potwierdzających, niezbędnych dla ustalenia mojej sytuacji ubezpieczeniowej, w tym udzielenia odpowiedzi na ankiety cyklicznie przesyłane przez Oddział.*

*Jestem świadomy/ -a, że nieprzekazanie informacji albo nieudzielenie odpowiedzi na ankietę skutkować będzie utratą prawa do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na terenie ……….. na podstawie wydanego mi dokumentu S1, , przeze mnie i zamieszkałych wraz ze mną członków rodziny.*

|  |  |
| --- | --- |
| ............................................……..…….... | ................................................................................................ |
| Data wypełnienia wniosku (dd / mm / rrrr) | Czytelny podpis Wnioskodawcy lub opiekuna prawnego Wnioskodawcy |

# WAŻNE INFORMACJE

**Dokument S1 REJESTRACJA W CELU OBJĘCIA OPIEKĄ ZDROWOTNĄ** wydawany jest, m.in. osobom podlegającym ustawodawstwu polskiemu, jako właściwemu, oraz podlegającym obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu w NFZ, które zamieszkują w innym państwie **UE**: w Austrii, Belgi, Bułgarii, na Cyprze, w Czechach, Danii, Estonii, Finlandii, Francji, Grecji, Hiszpanii, Holandii, Irlandii, na Litwie, w Luksemburgu, na Łotwie, Malcie, w Niemczech, Portugalii, Rumunii, na Słowacji, w Słowenii, Szwecji, na Węgrzech, w Wielkiej Brytanii i we Włoszech oraz w innym państwie **EFTA:** w Islandii, Lichtensteinie, Norwegii i Szwajcarii**.**

**Wniosek** przeznaczony jest do ubiegania się o **dokument S1** przez osoby, które podlegają w Polsce systemowi zabezpieczenia społecznego i obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu w NFZ a mieszkają w innym państwie UE//EFTA, w tym szczególnie.

przez pracowników przygranicznych,

przez osoby stale wykonujące działalność zawodową w Polsce i w innym państwie UE/EFTA zamieszkałe w państwie

UE/EFTA innym niż państwa, w których wykonują działalność zawodową, przez osoby wykonujące w państwie UE/EFTA innym niż Polska, w którym mieszkają, pracę najemną na rzecz polskiego pracodawcy,

przez osoby pobierające świadczenia przedemerytalne,

co do których, zgodnie z polskim ustawodawstwem, fakt zamieszkiwania na terenie innego państwa UE/EFTA nie skutkuje utratą prawa do pozostawania w polskim systemie zabezpieczenia społecznego.

**UWAGA! Dokumentu S1 nie wystawia się członkom rodziny, którzy zamieszkują wraz z Wnioskodawcą w tym samym państwie UE/EFTA.** W celu zabezpieczenia zamieszkałym w tym samym państwie UE/EFTA członkom rodziny osoby uprawnionej do uzyskania dokumentu S1 dokument ten należy przedłożyć w wybranej instytucji ubezpieczeniowej w państwie zamieszkania celem zarejestrowania w tej instytucji osoby uprawnionej do uzyskania dokumentu S1 oraz zamieszkałych w tym samym państwie członków jej rodziny.

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUKCJA WYPEŁNIENIA WNIOSKU** | |
| Punkt 1 | Należy wpisać dane osoby ubezpieczonej posiadającej własny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ na rzecz której ma być wydany dokument S1 |
| Punkt 1.1 | Należy wpisać adres zamieszkania w innym niż Polska państwie UE/EFTA  Adres ten powinien być zgodny z adresem zamieszkania zgłoszonym przez osobę ubezpieczoną do ZUS na druku ZUS ZUA „Zgłoszenie do ubezpieczeń / Zgłoszenie zmiany danych” |
| Punkt 2 | Należy zaznaczyć odpowiedni kwadrat zgodnie z poniższym opisem: |
| Punkt 2.1 | dotyczy każdej osoby, która podlega w Polsce ubezpieczeniom społecznym w ZUS i obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu w NFZ a zamieszkuje w innym państwie UE/EFTA i nie jest wymieniona w punktach 2.2 do 2.6 Wniosku |
| Punkt 2.2 | dotyczy każdej osoby, która pobiera świadczenia przedemerytalne a zamieszkuje na terytorium innego państwa UE/EFTA, zgodnie z ustawodawstwem którego nie posiada prawa do świadczeń zdrowotnych |
| Punkt 2.3 | dotyczy każdej osoby, która stale wykonuje działalność zawodową w Polsce (państwo A) i jednocześnie w innym państwie UE/EFTA (państwo B) zamieszkałej w państwie UE/EFTA innym niż państwa, w których wykonuje działalność zawodową (państwo C), **o ile otrzymała z ZUS dokument A1 na okres równy lub dłuższy niż 12 miesięcy;** dotyczy osób dokument A1 z ZUS, w którym został zaznaczony punktu 3.2, 3.4 albo 3.8, **o ile nie zamieszkują w Polsce** |
| Punkt 2.4 | dotyczy każdej osoby, która wykonuje w państwie UE/EFTA (państwo A) innym niż Polska (państwo B), w którym mieszka (państwo A), pracę najemną na rzecz polskiego pracodawcy, **o ile otrzymała z ZUS dokument A1 na okres równy lub dłuższy niż 12 miesięcy** |
| Punkt 3 | Należy wpisać nazwę i adres instytucji ubezpieczenia zdrowotnego w miejscu zamieszkania, w której zostanie zarejestrowany dokument S1 |
| Punkt 4 | Należy wskazać datę, od której osoba ubezpieczona zamieszkuje w innym niż Polska państwie UE/EFTA |
| Punkt 5 | Należy wskazać preferowany sposób odbioru dokumentu S1 poprzez zaznaczenie właściwego kwadratu.  W przypadku wyboru opcji:  pocztą na adres - należy wpisać adres, na który powinien zostać przesłany dokument S1  za pośrednictwem osoby upoważnionej – przy odbiorze dokumentu S1 osoba upoważniona powinna okazać upoważnienie zawierające serię i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość (zawierającego zdjęcie) osoby upoważnionej oraz podpis osoby zamieszkałej w innym państwie UE/EFTA lub jej przedstawiciela ustawowego |
| Punkt 6 | Należy wpisać liczbę załączników do Wniosku. Dokumenty, jakie należy przedłożyć wraz z Wnioskiem o wydanie dokumentu S1: |
| Osoby - pkt.  2.1 | dokument potwierdzający bieżące opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne dokument potwierdzający dokonanie zmiany danych adresowych |
| Osoby - pkt.  2.2 | aktualne zaświadczenie o pobieraniu świadczenia przedemerytalnego dokument potwierdzający dokonanie zmiany danych adresowych |
| Osoby –  pkt. 2.3 - 2.4 | dokument A1 z ZUS wydany na okres równy lub dłuższy niż 12 m-cy dokument potwierdzający dokonanie zmiany danych adresowych |
| Punkt 7 | Jest wypełniany przy odbiorze dokumentu S1 przez osobę do tego upoważnioną |

**UWAGA!**

**Osoby zamieszkałe w innym państwie UE/EFTA zobowiązane są do dokonania odpowiednich zmian danych osobowych, w tym zgłoszenia obecnego adresu zamieszkania w innym państwie UE/EFTA poprzez złożenie druku ZUS ZUA za pośrednictwem płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne albo osobiście we właściwym Oddziale ZUS.**

**W odniesieniu do osób, które zaznaczyły jeden z punktów od 2.3 do 2.6 Wniosku, adres zamieszkania wskazany w dokumencie potwierdzającym dokonanie zmiany danych adresowych powinien być identyczny z adresem wskazanym przez ZUS w dokumencie A1.**

**UWAGA!**

**Wnioski, w których nie zostanie wpisana data wypełnienia oraz bez podpisu nie będą rozpatrywane!**