

Załącznik nr 2

do umowy NR na realizację programu polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Poznania w latach 2021-2024”

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE PROCEDURY ZAPŁODNIENIA POZAUSTROJOWEGO METODĄ IN VITRO

ADRESAT WNIOSKU	DATA WPLYWU WNIOSKU
<p>Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urząd Miasta Poznania ul. 3 Maja 46 61-728 Poznań tel. 61 878 56 32 e-mail: wziss@um.poznan.pl</p>	
NR WNIOSKU*	

*numer wniosku nadaje Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Poznania

CZĘŚĆ A (wypełniają Wnioskodawcy)

DANE WNIOSKODAWCÓW	
KOBIETA Imię i nazwisko
	PESEL
Adres zamieszkania	
MĘŻCZYZNA Imię i nazwisko
	PESEL
Adres zamieszkania	
Telefon kontaktowy	

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 maksymalnie do trzech procedur in vitro, pod warunkiem, że poprzednia dofinansowana przez Miasto Poznań procedura nie była skuteczna (nie urodziło się w jej wyniku

dziecko). Dofinansowanie mogą otrzymać pary, które uzyskały pozytywną kwalifikację medyczną do Programu i spełniają następujące warunki:

- **wiek kobiety w dniu złożenia wniosku mieści się w przedziale 20–43 lata wg rocznika urodzenia (w tym kobiety z chorobą nowotworową oraz poddane leczeniu gonadotoksycznemu),**
- **składają zeznanie podatkowe i rozliczają się we właściwym dla Miasta Poznania urzędzie skarbowym (weryfikacja na podstawie ostatniej deklaracji PIT),**
- **w dniu złożenia wniosku złożą stosowne oświadczenie i dokument potwierdzający, że są mieszkańcami Poznania przez okres minimum 12 miesięcy poprzedzający dzień złożenia wniosku,**
- **do dnia złożenia wniosku nie uczestniczyły lub uczestniczyły w maksymalnie dwóch procedurach zapłodnienia pozaustrojowego, finansowanych przez Miasto Poznań w latach 2017-2020,**
- **nie są beneficjentami podobnego programu finansowanego ze środków publicznych,**
- **spełniają ustawowe warunki podjęcia terapii metodą zapłodnienia pozaustrojowego i zostały zakwalifikowane 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.**

OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCÓW

(wypełniają Wnioskodawcy)

Przystępując do udziału w Programie realizowanym w zakresie zdrowia publicznego na podstawie uchwały Nr XXX/532/VIII/2020 Rady Miasta Poznania z dnia 23 czerwca 2020 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Poznania w latach 2021-2024”, **my niżej podpisani**

..... (kobieta – imię i nazwisko);

..... (mężczyzna – imię i nazwisko);

oświadczamy, że zapoznaliśmy się z informacją na temat zakresu Programu i warunków uczestnictwa w Programie;

oświadczamy, że składając niniejszy wniosek ubiegamy się o dofinansowanie (należy zaznaczyć właściwe):

- pierwszej procedury;
- drugiej procedury;
- trzeciej procedury;

oświadczamy, że pozostajemy w związku małżeńskim/partnerskim;

oświadczamy, że zamieszkujemy na terenie Poznania przez okres minimum 12 miesięcy od dnia złożenia wniosku i potwierdzamy to przedłożonym do wglądu dokumentem potwierdzającym zamieszkiwanie pod adresem wskazanym we wniosku, takim jak:

.....
 oświadczamy, że ostatnie zeznanie podatkowe złożyliśmy i rozliczyliśmy się we właściwym dla Miasta Poznania urzędzie skarbowym. Załączamy do wglądu kserokopię pierwszej strony ostatniego zeznania PIT wraz z potwierdzeniem złożenia dokumentu;

oświadczamy, że dotychczas nie uczestniczyliśmy lub uczestniczyliśmy w co najwyżej dwóch procedurach zapłodnienia pozaustrojowego w ramach programu „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Poznania w latach 2017-2020”, finansowanego z budżetu Miasta Poznania;

oświadczamy, że nie jesteśmy uczestnikami podobnego programu finansowanego ze środków publicznych.

Poznań, dnia

.....
(podpis – kobieta)

.....
(podpis – mężczyzna)

INFORMACJE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

(wypełniają Wnioskodawcy)

Przystępując do udziału w Programie realizowanym w zakresie zdrowia publicznego na podstawie uchwały Nr XXX/532/VIII/2020 Rady Miasta Poznania z dnia 23 czerwca 2020 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Poznania w latach 2021-2024”, **wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Administratora - Prezydenta Miasta Poznania**, z siedzibą przy placu Kolegiackim 17, 61-841 Poznań, 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.

Poznań, dnia

.....
(podpis – kobieta)

.....
(podpis – mężczyzna)

Przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) wyznaczono Inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować poprzez e-mail: iod@um.poznan.pl lub pisemnie na adres:
plac Kolegiacki 17, 61-841 Poznań;
- 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 pn. „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Poznania 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:

Poznań, 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.

Poznań, dnia

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

CZĘŚĆ C (wypełnia Organizator Programu)

WYDZIAŁ ZDROWIA I SPRAW SPOŁECZNYCH URZĘDU MIASTA POZNANIA			
ANALIZA FORMALNA WNIOSKU (właściwe zaznaczyć)	Tak	Nie	Brak danych
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.			
Wnioskodawcy przedłożyli do wglądu dokumentację potwierdzającą zamieszkiwanie na terenie Poznania pod adresem wskazanym we wniosku przez okres minimum 12 miesięcy od dnia złożenia wniosku.			
Wnioskodawcy przedłożyli do wglądu zeznanie podatkowe i rozliczyli się we właściwym dla Miasta Poznania urzędzie skarbowym			
Analiza formalna wniosku wraz z załącznikami przeprowadzona w dniu			
..... (podpis i pieczętka i pracownika OZP)			
ANALIZA MERYTORYCZNA WNIOSKU			
<input type="checkbox"/> Z treści złożonego wniosku i przedstawionych przez Wnioskodawców danych wynika, że Wnioskodawcy <u>spełniają kryteria włączenia do programu</u> polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Poznania w latach 2021-2024” i otrzymania dofinansowania do procedury zapłodnienia pozaustrojowego in vitro.			
<input type="checkbox"/> Z treści złożonego wniosku oraz przedstawionych przez wnioskodawców danych wynika, że Wnioskodawcy <u>nie spełniają kryteriów włączenia do programu</u> polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Poznania w latach 2021-2024” i otrzymania dofinansowania do procedury zapłodnienia pozaustrojowego in vitro.			
Poznań, dnia			
..... (podpis i pieczętka kierownika OZP)			
KWALIFIKACJA DO DOFINANSOWANIA			
<input type="checkbox"/> <u>Wniosek został zakwalifikowany do dofinansowania</u> procedury zapłodnienia pozaustrojowego in vitro w ramach środków zabezpieczonych na realizację programu polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Poznania w latach 2021-2024”.			
<input type="checkbox"/> <u>Wniosek nie został zakwalifikowany do dofinansowania</u> procedury zapłodnienia pozaustrojowego in vitro w ramach środków zabezpieczonych na realizację programu polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Poznania w latach 2021-2024” i nie podlega dalszemu procedowaniu przez Organizatora Programu.			
Poznań, dnia			
..... (podpis i pieczętka osoby upoważnionej)			

