**Załącznik nr 2**

*WZÓR*

|  |
| --- |
| **DEKLARACJA WYBORU****ośrodka koordynującego realizującego program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami, u których stwierdzono występowanie otyłości lub wysokie ryzyko jej rozwoju KOS-BMI Dzieci** |
| **UWAGA: Deklarację należy wypełniać czytelnie, drukowanymi literami.** |
| **I. Dane osobowe** |
| **1. Dane świadczeniobiorcy:** | Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia[[1]](#footnote-2)) |  |
| (numer karty ubezpieczenia zdrowotnego lub poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej[[2]](#footnote-3)))(nazwisko)(imiona)(numer PESEL, a w przypadku osób, które nie mają (płeć M/K) (data urodzenia: dzień-miesiąc-rok) nadanego numeru PESEL – seria i numer paszportu albo innego dokumentu stwierdzającego tożsamość)**Adres zamieszkania:**(ulica) (nr domu/mieszkania)(kod pocztowy ) (miejscowość)(nazwa gminy) (telefon)**Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):**(ulica) (nr domu/mieszkania)(kod pocztowy ) (miejscowość)(nazwa gminy) (telefon)(adres e-mail)**2. Dane dotyczące opiekuna prawnego[[3]](#footnote-4)):**(nazwisko) (imię)(numer PESEL, a w przypadku osób, które nie mają (data urodzenia: dzień-miesiąc-rok) nadanego numeru PESEL – seria i numer paszportu albo innego dokumentu stwierdzającego tożsamość) |
| **II. Oświadczenia osoby wypełniającej deklarację:**1. Oświadczam, że wszystkie dane osobowe zawarte w I części deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym, oraz zobowiązuję się do niezwłocznego informowania świadczeniodawcy o zmianie tych danych.
2. Oświadczam, że zostałam(-łem) poinformowana(-ny) o tym, że moje dane osobowe zbierane przez Narodowy Fundusz Zdrowia są przetwarzane w celach wynikających z art. 188 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oraz o obowiązku podania tych danych, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia do nich poprawek, a także o tym, że dane te będą udostępniane podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.
3. Oświadczam, że jestem świadoma(-y) kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ponoszonych w ramach mojego udziału w programie pilotażowym w zakresie kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcami, u których stwierdzono występowanie otyłości lub wysokie ryzyko jej rozwoju KOS-BMI Dzieci.

............................... .............................................................(data: dzień-miesiąc-rok) (podpis świadczeniobiorcy powyżej 16. roku życia)............................... ............................................................. .........................................(data: dzień-miesiąc-rok) (podpis opiekuna prawnego świadczeniobiorcy) (podpis osoby przyjmującej deklarację) |
| **III. Deklaracja wyboru świadczeniodawcy realizującego program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcami, u których stwierdzono występowanie otyłości lub wysokie ryzyko jej rozwoju KOS-BMI Dzieci** **Deklaruję wybór:**(nazwa ośrodka koordynującego realizującego program pilotażowy)............................... .............................................................(data: dzień-miesiąc-rok) (podpis świadczeniobiorcy powyżej 16. roku życia)............................... ............................................................. .........................................(data: dzień-miesiąc-rok) (podpis opiekuna prawnego świadczeniobiorcy) (podpis osoby przyjmującej deklarację) |
| **.....................................................................................**(pieczątka, nadruk lub naklejka ośrodka koordynującego zawierająca: nazwę, adres siedziby oraz numer identyfikacyjny umowy) |
|  |

|  |
| --- |
| **IV. Rezygnuję z wyboru świadczeniodawcy realizującego program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcami, u których stwierdzono występowanie otyłości lub wysokie ryzyko jej rozwoju KOS-BMI Dzieci**............................... .............................................................(data: dzień-miesiąc-rok) (podpis świadczeniobiorcy powyżej 16. roku życia)............................... ............................................................. .........................................(data: dzień-miesiąc-rok) (podpis opiekuna prawnego świadczeniobiorcy) (podpis osoby przyjmującej deklarację) |
| .........................................................................................(pieczątka, nadruk lub naklejka ośrodka koordynującego zawierająca: nazwę, adres siedziby oraz numer identyfikacyjny umowy) | .........................................................................................(pieczątka, nadruk lub naklejka miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zawierająca: nazwę, adres oraz numer identyfikacyjny umowy) |
| **POUCZENIE****Informacja dla wypełniającego deklarację**Możliwe jest wybranie tylko jednego świadczeniodawcy realizującego program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcami, u których stwierdzono występowanie otyłości lub wysokie ryzyko jej rozwoju KOS-BMI Dzieci. |

1. ) Wypełnić, określając kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Należy podać kod oddziału wojewódzkiego właściwego ze względu na siedzibę świadczeniodawcy (01 – Dolnośląski, 02 – Kujawsko-Pomorski, 03 – Lubelski, 04 – Lubuski, 05 – Łódzki, 06 – Małopolski, 07 – Mazowiecki, 08 – Opolski, 09 – Podkarpacki, 10 – Podlaski, 11 – Pomorski, 12 – Śląski, 13 – Świętokrzyski, 14 – Warmińsko-Mazurski, 15 – Wielkopolski, 16 – Zachodniopomorski). [↑](#footnote-ref-2)
2. ) Jeżeli świadczeniobiorcy została wydana karta ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji w rozumieniu art. 5 pkt 23 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.) – numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w rozumieniu art. 52 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. [↑](#footnote-ref-3)
3. Wypełnić w przypadku, gdy dane są inne niż wyszczególnione w części 1. [↑](#footnote-ref-4)