#

# Formularz przed udzieleniem opieki medycznej

|  |
| --- |
| Dlaczego poproszono mnie o wypełnienie niniejszego formularza?Leczenie szpitalne w ramach NHS nie jest bezpłatne dla wszystkich. Każdy szpital ma prawny obowiązek ustalenia czy pacjenci są uprawnieni do otrzymania bezpłatnego leczenia. Prosimy o wypełnienie niniejszego formularza, aby pomóc nam w wypełnieniu tego obowiązku. W przypadku dziecka, formularz powinien zostać wypełniony przez rodzica/opiekuna w jego imieniu. **Po wypełnieniu formularza, należy zapoznać się oraz złożyć podpis pod oświadczeniem znajdującym się poniżej.** |

|  |
| --- |
| ***Prosimy o wypełnienie niniejszego formularza DRUKOWANYMI LITERAMI.*** |
| **Nazwisko:** |       |
| **Imię:** |       | **Data urodzenia:** | D | D | M | M | R |  | R | R |

|  |
| --- |
| OŚWIADCZENIE: DO WYPEŁNIENIA PRZEZ WSZYSTKIE OSOBY |
| Szpital ten może poprosić Ministerstwo Spraw Wewnętrznych o potwierdzenie Pana/Pani statusu imigracyjnego, co pomoże podjąć nam decyzję odnośnie tego, czy jest Pan/Pani upoważniony(a) do otrzymania bezpłatnego leczenia szpitalnego w ramach NHS. W takim przypadku, dane osobowe pacjenta o charakterze niemedycznym zostaną przesłane do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Udzielone informacje mogą być wykorzystane oraz zachowane przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych w celu wykonywania przez nie swoich funkcji, które obejmują wzmocnienie zagranicznych kontroli imigracyjnych w portach przy wjeździe oraz na terenie Wielkiej Brytanii. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych może również udostępnić te informacje o pacjencie innym organom nadzorującym przestrzeganie prawa oraz firmom windykacyjnym dla celów obejmujących bezpieczeństwo narodowe, dochodzenie oraz ściganie przestępstw oraz pobieranie grzywny i kar cywilnych. **Brak uiszczenia opłaty za leczenie w ramach NHS, za które pacjenta obciążono kosztami, może poskutkować odmową wniosku imigracyjnego w przyszłości o wkroczenie lub pobyt na terenie Wielkiej Brytanii. W tym celu, niezbędne informacje osobowe (o charakterze niemedycznym) mogą zostać przekazane Ministerstwu Spraw Wewnętrznych za pośrednictwem Wydziału Zdrowia.** **OŚWIADCZENIE**: * Zapoznałem(am) się oraz zrozumiałem(am) powody, dla których poproszono mnie o wypełnienie tego formularza.
* Zgadzam się na to, by fundusz skontaktował się ze mną w celu potwierdzenia podanych przeze mnie danych.
* Rozumiem, że możliwy będzie kontakt z właściwymi organami urzędowymi w celu weryfikacji wszelkich złożonych przeze mnie oświadczeń.
* Informacje podane przeze mnie w niniejszym formularzu są prawidłowe i zgodne z moim najlepszym stanem wiedzy.
* Rozumiem, że świadome podanie przeze mnie informacji nieprawdziwych może spowodować podjęcie kroków prawnych przeciwko mojej osobie. Może to również obejmować skierowanie sprawy do miejscowego szpitalnego specjalisty odpowiedzialnego za zwalczanie oszustw oraz odzyskiwanie wszelkich należnych środków pieniężnych.
 |
| **Podpis:** |       | **Data:** | D | D | M | M | R | R |
| **Imię i nazwisko drukowanymi literami:** |       | **Pokrewieństwo z pacjentem:** |       |
| **W imieniu:** |       |

|  |
| --- |
| 1. WSZYSTKIE OSOBY: DANE OSOBOWE - Prosimy o udzielenie odpowiedzi na wszystkie pytania dotyczące pacjenta |
| Czy mieszka Pan/Pani przeważnie w Wielkiej Brytanii? | TAK: |  | NIE: |  | Obywatelstwo: |       |
| Adres w Wielkiej Brytanii: | Numer paszportu: |       |
|       | Kraj wydania: |       |
| Numer telefonu: |       | Data utraty ważności paszportu: | D | D | M | M | R | R |
| Numer telefonu komórkowego: |       | Podwójne obywatelstwo: |       |
| E-mail: |       | Data przybycia do Wielkiej Brytanii: | D | D | M | M | R | R |
| Czy powróci Pan/Pani do swojego kraju ojczystego w celu zamieszkania w nim? | TAK:  |  | NIE: |  | Jeśli tak, to kiedy? | D | D | M | M | R | R |
| Adres POZA Wielką Brytanią: | Nazwa i adres pracodawcy (w Wielkiej Brytanii lub zagranicą): |
|       |       |
| Państwo: |       | Państwo: |       |
| Numer kontaktowy: |       | Numer telefonu pracodawcy: |       |
| 2. WSZYSTKIE OSOBY: OFICJALNA DOKUMENTACJA |
| Prosimy o podanie informacji na temat tego, które z następujących dokumentów posiada Pan/Pani aktualnie (zaznaczyć jedną lub więcej odpowiedzi): |
|  | Aktualny paszport brytyjski |  | Aktualny paszport Unii Europejskiej |
|  | Aktualny paszport spoza Unii Europejskiej z ważną wizą wjazdową | Numer wizy |       |
|  | Wiza studencka |  | Wiza pobytowa | Data utraty ważności wizy: | D | D | M | M | R | R |
|  | Karta Rejestracyjna Azylanta (Asylum Registration Card, w skrócie ARC) | Numer ARC |       |
|  | Inne - prosimy o podanie szczegółów |       | Numer Biometrycznej Karty Pobytu |       |

|  |
| --- |
| 3. WSZYSTKIE OSOBY: PANI/PANA POBYT W WIELKIEJ BRYTANII - Może okazać się konieczne udostępnienie dokumentacji przez pacjenta |
| Prosimy o podanie celu Pana/Pani pobytu w Wielkiej Brytanii (należy zaznaczyć jedną lub więcej odpowiedzi): |
|  | Wakacje/odwiedziny u przyjaciół lub rodziny |  | Pobyt służbowy |  | Stałe zamieszkanie |
|  | Praca |  | Nauka/studia |  | Ubieganie się o azyl |
|  | Inne - prosimy o podanie szczegółów |       |
| Ile miesięcy spędził(a) Pan/Pani POZA terenem Wielkiej Brytanii w ciągu ostatnich 12 miesięcy? |
|  | Żadnego |  | Do 3 miesięcy |  | 3-6 miesięcy |  | Ponad 6 miesięcy |
| Prosimy o podanie powodu, dla którego znajdował(a) się Pan/Pani poza granicami Wielkiej Brytanii w ciągu ostatnich 12 miesięcy (należy zaznaczyć jedną lub więcej odpowiedzi) |
|  | Mieszkam w innym państwie |  | Wakacje/odwiedziny przyjaciół |  | Praca |
|  | Częste dojazdy (cele służbowe/drugi dom zagranicą) |  | Nauka/studia |
|  | Inne - prosimy o podanie szczegółów |       |

|  |
| --- |
| 4. WSZYSTKIE OSOBY: Dane lekarza pierwszego kontaktu - w przypadku rejestracji w przychodni lekarskiej w Wielkiej Brytanii |
| Imię i nazwisko lekarza pierwszego kontaktu/nazwa przychodni lekarskiej: |       | Adres przychodni lekarskiej: |
| Numer telefonu lekarza pierwszego kontaktu: |       |       |
| Nr NHS: |       |

|  |
| --- |
| 5. DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO LUB PODRÓŻNEGO - w przypadku, gdy Wielka Brytania nie jest stałym miejscem zamieszkania pacjenta |
| Czy posiada Pan/Pani ubezpieczenie? | TAK: |  | NIE: |  | Nazwa i adres ubezpieczyciela: |
| Numer członkostwa: |       |       |
| Numer telefonu ubezpieczyciela |       |

|  |
| --- |
| 6. Dane dotyczące Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) - W przypadku zamieszkania w innym kraju EOG |
| Czy posiada Pan/Pani Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego spoza Wielkiej Brytanii? | TAK: |  | NIE: |  | Jeśli tak, prosimy o podanie poniżej danych ze swojej Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego: |
| W przypadku wizyty pacjenta z innego państwa EOG oraz braku posiadania aktualnej karty EKUZ, pacjent może zostać obciążony kosztami wszelkiego leczenia udzielanego poza oddziałem pogotowia ratunkowego. Opłaty będą pobieranie w przypadku przyjęcia pacjenta na oddział lub powrotu przez niego do szpitala jako pacjenta leczonego ambulatoryjnie. | 3 |       |
| 4 |       |
| 5 |       | 6 |       |
| 7 |       |
| 8 |       | 9 |       |

|  |
| --- |
| 7. DANE OSOBOWE STUDENTA - W przypadku przybycia do Wielkiej Brytanii w celu podjęcia nauki/studiów |
| Nazwa koledżu/uniwersytetu: |       | Nr telefonu: |       |
| Daty odbywania się zajęcia  | Od: | D | D | M | M | R | R | Do: | D | D | M | M | R | R | Liczba godzin tygodniowo: |       |

|  |
| --- |
| W przypadku wypełnienia niniejszego formularza na oddziale pogotowia ratunkowego, przed opuszczeniem prosimy o wręczenie go recepcjoniście lub personelowi pielęgniarskiemu.W przypadku przyjęcia pacjenta na którykolwiek oddział lub skierowania go na dalsze leczenie poza oddziałem pogotowia ratunkowego, mogą obowiązywać opłaty. Należy oczekiwać rozmowy z członkiem Zespołu ds. Gości Zagranicznych. |