#

# Formular Medical Pre-Spitalicesc

|  |
| --- |
| De ce mi s-a solicitat să completez acest formular ?Tratamentul spitalicesc NHS nu este gratuit pentru toți. Toate spitalele au obligația legală de a stabili dacă pacienții au dreptul la tratament gratuit. Vă rugăm să completați acest formular pentru a ne ajuta să îndeplinim această obligație. În cazul unui copil, acest formular trebuie completat de un părinte/tutore. **La completarea formularului, trebuie să citiți și să semnați declarația de mai jos.** |

|  |
| --- |
| ***Vă rugăm să completați acest formular cu MAJUSCULE*** |
| **Numele de familie:** |       |
| **Prenumele:** |       | **Data nașterii:** | Z | Z | L | L | A | A | A | A |

|  |
| --- |
| DECLARAȚIE: A SE COMPLETA DE CĂTRE TOȚI |
| Acest spital ar putea fi nevoit să afle de la Ministerul de Interne statutul dvs. de imigrant pentru a ne ajuta să decidem dacă sunteți eligibil pentru tratamentul NHS gratuit. În acest caz, informații referitoare la dvs. cu caracter personal, non-clinic, vor fi trimise la Ministerul de Interne. Informațiile furnizate pot fi folosite și păstrate de Ministerul de Interne pentru îndeplinirea procedurilor sale, care includ punerea în aplicare a controalelor de imigrație din străinătate, la punctele de intrare și în interiorul Regatului Unit. Ministerul de Interne poate de asemenea transmite aceste informații altor organe de aplicare a legii și autorităților pentru recuperarea datoriilor în scopuri care includ securitatea națională, anchetarea și urmărirea penală a infracțiunilor și încasarea de amenzi și sancțiuni civile. **Dacă trebuie să plătiți dar nu plătiți pentru tratamentul dvs. NHS care v-a fost facturat, aceasta poate avea drept rezultat refuzul unei noi cereri de imigrare viitoare sau a unei cereri pentru a intra sau rămâne în Regatul Unit. In acest scop, informațiile personale necesare (non-clinice) pot fi transmise prin intermediul Ministerului Sănătății Ministerului de Interne.** **DECLARAȚIE**: * Am citit și am înțeles motivele pentru care mi s-a solicitat să completez acest formular
* Sunt de acord să fiu contactat/ă de Trust pentru a confirma orice date pe care le-am pus la dispoziție.
* Înțeleg că organele oficiale relevante pot fi contactate pentru a verifica orice declarație data de mine.
* Informațiile pe care le transmit prin acest formular sunt corecte din câte cunosc eu.
* Înțeleg că, dacă, cu bună știință, dau informații false atunci pot fi luate măsuri împotriva mea. Acestea pot include înaintarea cazului de către Trust unui specialist local pentru combaterea fraudelor și recuperarea oricăror sume de bani datorate.
 |
| **Semnătura:** |       | **Data:** | Z | Z | L | L | A | A |
| **Numele cu majuscule:** |       | **Relația față de pacient:** |       |
| **În numele lui:** |       |

|  |
| --- |
| 1. TOȚI: DETALE PERSONALE *– Răspundeți la toate întrebările relevante pentru dvs.*  |
| Locuiți în mod curent în Regatul Unit? | DA: |  | NU: |  | Naționalitatea: |       |
| Adresa din Regatul Unit: | Număr pașaport: number: |       |
|       | Țara de emitere: |       |
| Numărul de telefon: |       | Data expirării pașaportului: | Z | Z | L | L | A | A |
| Numărul de telefon mobil: |       | Dublă naționalitate: |       |
| Email: |       | Data intrării în Rgatul Unit | Z | Z | L | L | A | A |
| Vă veți întoarce să locuiți în țara dvs. natală? | DA:  |  | NU: |  | În caz afirmativ, când? | Z | Z | L | L | A | A |
| Adresa DIN AFARA Regatului Unit: | Numele și adresa angajatorului (din Regatul Unit sau din străinătate): |
|       |       |
| Țara: |       | Țara: |       |
| Telefonul de contact: |       | Telefonul angajatorului: |       |
| 2. TOȚI: DOCUMENTE OFICIALE |
| Vă rugăm să ne spuneți pe care din documentele din lista de mai jos le dețineți în prezent (bifați toate căsuțele aplicabile): |
|  | Pașaport curent din Regatul Unit |  | Pașaport curent din Uniunea Europeană passport |
|  | Pașaport curent non-UE cu viză de intrare validă | Nr. Viză |       |
|  | Viză student |  | Viză turistică | Data expirării vizei | Z | Z | L | L | A | A |
|  | Card înregistrare ca azillant (ARC) | Nr. ARC  |       |
|  | Altele – vă rugăm să specificați  |       | Nr. BRP |       |

|  |
| --- |
| 3. TOȚI: ȘEDEREA DVS. ÎN REGATUL UNIT *– Vi se poate solicita să prezentați documente* |
| Vă rugăm să ne spuneți scopul șederii dvs. în Regatul Unit (bifați toate căsuțele aplicabile): |
|  | Vacanță/vizită la prieteni sau familie |  | Pentru afaceri |  | Pentru a locui aici permanent |
|  | Pentru a munci |  | Pentru studii |  | Pentru a solicita azil  |
|  | Alt scop – vă rugăm să specificați: |       |
| Câte luni ați petrecut în afara Regatului Unit în ultimele 12 luni? |
|  | Nici una |  | Până la 3 luni  |  | 3-6 luni |  | Peste 6 luni |
| Indicați motivul oricărei absențe din Regatul Unit în ultimele 12 luni (bifați toate căsuțele aplicabile) |
|  | Locuiesc într-o altă țară |  | Vacanță/vizitarea prietenilor |  | Pentru a munci |
|  | Fac naveta frecvent (afaceri/o a doua casă în străinătate) |  | Pentru studii |
|  | Alt motiv – vă rugăm să specificați: |       |

|  |
| --- |
| 4. TOȚI: DATE MEDIC DE FAMILIE *– Dacă sunteți înegistrat la un medic de familie în Regatul Unit* |
| Numele Centrului Medical: |       | Adresa Centrului Medical: |
| Telefon Centru Medical: |       |       |
| Număr NHS: |       |

|  |
| --- |
| 5. DATE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE SAU DE CĂLĂTORIE *– Dacă Regatul Unit nu este locul dvs. de reședință permanentă* |
| Aveți asigurare? | DA: |  | NU: |  | Numele și adresa asigurătorului: |
| Număr de membru: |       |       |
| Telefon asigurare: |       |

|  |
| --- |
| 6. DATELE CARDULUI EUROPEAN DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE (EHIC)*– Dacă locuiți într-o altă țară din Spațiul Economic European (SEE)* |
| Aveți un Card EHIC non-UK? | DA: |  | NU: |  | În caz afirmativ, vă rugăm să înscrieți mai jos datele cardului dvs. EHIC: |
| *Dacă sunteți vizitator dintr-o altă țară SEE și nu dețineți un card EHIC valid, este posibil să vi se factureze costul oricărui tratament pe care l-ați primit în afară de orice tratament în serviciul de urgență (A&E). Vi se vor aplica taxe dacă sunteți internat/ă într-o secție a spitalului sau dacă trebuie să utilizați orice alte servicii spitalicești în ambulatoriu.* | 3 |       |
| 4 |       |
| 5 |       | 6 |       |
| 7 |       |
| 8 |       | 9 |       |

|  |
| --- |
| 7. DARE DACĂ SUNTEȚI STUDENT*– Dacă ați venit în Regatul Unit pentru a studia* |
| Denuimirea colegiului/ universității: |       | Telefon: |       |
| Datele anului școlar/universitar  | De la: | Z | Z | L | L | A | A | Până la: | D | D | M | M | Y | Y | Numărul de ore / săptămână: |       |

|  |
| --- |
| Dacă ați completat acest formular la Departamentul Urgențe, vă rugăm să-l predați recepționistei sau unei asistente medicale înainte de a pleca.Dacă sunteți internat/ă în orice secție a spitalului sau dacă vi s-a făcut o trimitere pentru un tratament suplimentar în afara Departamentului Urgențe, vi se pot aplica taxe. Vă rugăm să vă așteptați să fiți intervievat de către un membru al Echipei noastre pentru Vizitatorii din Străinătate. |