

**WNIOSEK**

**O UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ**

**Pn.: „Program polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla Mieszkańców Gminy Tarnowa”.**

**Wnioskodawca:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię | Nazwisko | PESEL | Data Urodzenia | Numer i seria dowodu osobistego |

Adres zamieszkania

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ulica | Nr domu | Nr mieszkania | Kod pocztowy | Miejscowość |

Dane kontaktowe

|  |  |
| --- | --- |
| Telefon | Adres email |

**Wnioskodawca:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię | Nazwisko | PESEL | Data Urodzenia | Numer i seria dowodu osobistego |

Adres zamieszkania

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ulica | Nr domu | Nr mieszkania | Kod pocztowy | Miejscowość |

Dane kontaktowe

|  |  |
| --- | --- |
| Telefon | Adres email |

My, niżej podpisani …………………………………………………….. i …………………………………………………….. wnosimy o przyjęcie do udziału w **Programie Polityki Zdrowotnej Gminy Miasta Tarnowa**

Obraz zawierający czarne, ciemność

Opis wygenerowany automatycznie

**pn.”Program polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Gminy Miasta Tarnowa”** i oświadczamy, że:

## Zapoznaliśmy się z treścią Programu Polityki Zdrowotnej Gminy miejskiej Tarnów pn„ Program polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Gminy Miasta Tarnowa” przyjętego uchwałą nr LIX/573/2022 Rady Miejskiej w Tarnowie z dnia 27 stycznia 2022 r. i w pełni akceptujemy jego założenia.

1. Potwierdzamy, że jesteśmy osobami w przedziale wiekowym uprawniającym nas do wzięcia udziału w Programie.
2. Potwierdzamy, że jesteśmy osobami zamieszkałymi na terenie miasta Tarnowa w rozumieniu Kodeksu cywilnego co najmniej od 12 miesięcy w chwili aplikowania do Programu. Rozumiemy, że weryfikacja miejsca zamieszkania każdego z beneficjentów tworzących parę odbywać się będzie wyłącznie na podstawie przedłożonej kopii pierwszej strony zeznania podatkowego za ostatni zakończony rok podatkowy, którzy do dnia złożenia dokumentów rozliczyli się z Urzędem Skarbowym (oryginał zeznania do wglądu). Osoby, które się nie rozliczyły, przedkładają kserokopię pierwszej strony PIT-11. Zgadzamy się przedłożyć takie dokumenty.
3. Znamy i akceptujemy obowiązki, które dotyczą uczestników programu.
4. Znamy i akceptujemy zasady finansowania procedury oraz ceny poszczególnych badań, usług i świadczeń zdrowotnych.
5. Znamy zasady i wysokość udzielanego przez Gminę dofinansowania do procedur określonych w programie oraz koszty jakie będą po naszej strony, w pełni to akceptujemy i w przyszłości nie będziemy wnosić żadnych roszczeń względem Gminy.
6. Jesteśmy świadomi i akceptujemy to, że Gmina dofinansowuje jedną procedurę medycznie wspomaganej reprodukcji na parę w ramach tego Programu.
7. Jesteśmy świadomi i akceptujemy, że warunkiem niezbędnym do wypłaty dofinansowania Gminy jest przeprowadzenie co najmniej jednej z wymienionych w programie interwencji.
8. Mamy świadomość i akceptujemy, że wysokość dofinansowania leczenia w ramach Programu wynosi do 80% kosztów, przy czym łącznie nie więcej niż 5000 zł brutto (słownie pięć tysięcy złotych brutto, 00/100).
9. Jesteśmy świadomi i akceptujemy to, że po zakwalifikowaniu do Programu możemy na każdym etapie zrezygnować z udziału w Programie przez złożenie przez nas pisemnej rezygnacji i dofinansowanie Gminy obejmuje wtedy przeprowadzone do tego etapu elementy terapii, do wysokości 80%, maksymalnie do kwoty 5000 zł brutto (słownie: pięć tysięcy złotych brutto).
10. Jesteśmy świadomi, że w ramach zakwalifikowania się do Programu mamy możliwość skorzystania z bezpłatnej wizyty u psychologa posiadającego praktykę w dziedzinie

psychologii leczenia niepłodności. Obraz zawierający czarne, ciemność

Opis wygenerowany automatycznie

1. Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego oraz witryfikacja komórek jajowych przed zastosowaniem terapii gonadotoksycznej nie jest finansowane.
2. Wyrażamy zgodę na pokrycie kosztów leczenia przekraczających dofinansowanie uzyskane w ramach założeń Programu.
3. Mamy świadomość i akceptujemy to, że koszt kolejnych ewentualnych prób przeprowadzenia zapłodnienia pozaustrojowego, mrożonego embriotransferu lub adopcji zarodka oraz koszt przechowywania potencjalnych zarodków bądź komórek jajowych jak również koszt kriotransferów będzie ponoszony przez nas.
4. Mamy świadomość i akceptujemy, to że koszt kriokonserwacji zarodków, przechowywania kriokonserwowanych zarodków powstałych w efekcie przeprowadzonej w ramach programu procedury zapłodnienia pozaustrojowego oraz koszty ich późniejszego kriotransferu nie są finansowane w ramach niniejszego Programu i pozostają naszymi kosztami.
5. Zostaliśmy poinformowani o możliwości skorzystania z opcji witryfikacji komórek jajowych. Zgadzamy się na podpisanie zgody na poniesienie kosztów witryfikacji i przechowywania oocytów/ i lub zarodków. Akceptujemy to, że wyrażenie tej zgody jest warunkiem obligatoryjnym uzyskania kwalifikacji do niniejszego Programu.
6. Jesteśmy świadomi, iż jako uczestnicy Programu zostaniemy pisemnie poinformowani o procedurze kriokonserwacji zarodków i pisemnie potwierdzimy zapoznanie się z tą procedurą.
7. Zobowiązujemy się informować Ośrodek medycznie wspomaganej prokreacji Parens Sp. z o. o. o wynikach leczenia przeprowadzonych w ramach Programu, przebiegu ciąży i porodu oraz stanie zdrowia dziecka po narodzinach zgodnie z postanowieniami Programu.
8. Posiadamy i przedłożymy przed kwalifikacją do Programu kopię dokumentacji medycznej i badań, które są wymagane oraz jeśli zostaniemy zakwalifikowani zgadzamy się na dołączenie tej dokumentacji do naszej dokumentacji medycznej prowadzonej przez Ośrodek.
9. Oświadczamy, że znamy i spełniamy określone ustawą z dnia 25 czerwca 2015 o leczeniu niepłodności warunki do podjęcia leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego oraz, że mamy potwierdzającą to dokumentację medyczną, a okres nieskutecznego leczenia niepłodności nie jest krótszy niż 12 miesięcy poprzedzających zgłoszenie do Programu.
10. Posiadamy aktualne wyniki badań określonych Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2015 roku w celu zastosowania w procedurze medycznie wspomaganej prokreacji i przedstawiamy ich kopię w załączeniu do wniosku.
11. Wyrażamy zgodę na przetwarzanie naszych danych osobowych oraz medycznych i przekazanie ich zespołowi zajmującemu się konsultacją oraz kwalifikacją do udziału w

Obraz zawierający czarne, ciemność

Opis wygenerowany automatycznie

Programie. Również wyrażamy zgodę na przekazanie przez Parens Sp. z o. o. Gminie Tarnów danych dotyczących uczestnictwa w Programie.

1. Mamy świadomość i akceptujemy to, że decyzję o kwalifikacji pary do leczenia niepłodności w ramach Programu podejmuje Realizator Programu, przy uwzględnieniu wszystkich wymogów określonych w Programie.
2. Zobowiązujemy się, po potwierdzeniu dofinansowania i uczestnictwa w Programie, do podpisania z Realizatorem Programu – Jarosław Janeczko wykonujący działalność gospodarczą na podstawie wpisu do CEiDG pod firmą Parens Centrum Leczenia Niepłodności umowy w formie pisemnej oraz innych oświadczeń, zgód, ankiet, informacji wymaganych w ramach Programu.
3. Oświadczamy, iż obecnie nie jesteśmy uczestnikami innego Programu o podobnym charakterze finansowanym ze środków publicznych, ani nie byliśmy w okresie ostatnich trzech lat.

**Oświadczamy, że opisane wyżej zobowiązania i zgody są zgodne ze stanem faktycznym, a ich złożenie jest warunkiem obligatoryjnym uczestnictwa w Programie.**

**Kraków, dnia ……………………….. Podpis**

**………………………………………**

**………………………………………**