

Data wykonania szczepienia							—			—								
Data obserwacji w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć (jeśli dotyczy)					tylko jeśli nie doszło do hospitalizacji													
							—			—								
Okres hospitalizacji (okres pobytu w szpitalu w wyniku działania niepożądanego - jeśli dotyczy)																		
od			—			—				do			—			—		
Czy wniosek obejmuje również zwrot kosztów leczenia lub rehabilitacji po zakończeniu obserwacji lub hospitalizacji w szpitalu? (nieobowiązkowe)																		
NIE <input type="checkbox"/>					TAK <input type="checkbox"/> - kwota:													
Opis sprawy (stan faktyczny)																		
Dane o stanie zdrowia oraz inne informacje niezbędne do rozpatrzenia wniosku																		

Wymagane załączniki:		
- kopia zaświadczenia o wykonaniu szczepienia, karty uodpornienia, książeczki szczepień lub dokumentacji medycznej, w której zostało odnotowane szczepienie	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
- kopia karty informacyjnej z leczenia szpitalnego i ewentualnie pozostałej posiadanej dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
- kopia dokumentacji z dalszego leczenia lub rehabilitacji wraz z dokumentacją potwierdzającą poniesione koszty (jeśli wniosek obejmuje również zwrot kosztów)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
- potwierdzenie wniesienia opłaty	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
- oświadczenie, że w sprawie objętej wnioskiem nie toczy się lub nie zostało zakończone postępowanie przed sądem cywilnym w sprawie o zadośćuczynienie lub odszkodowanie związane z wystąpieniem działań niepożądanych po podanej szczepionce albo podanych szczepionkach	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Pozostałe załączniki:		
- pełnomocnictwo	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
- inne: jakie	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Oświadczenie osoby wnoszącej wniosek, składane pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń		
<i>Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.</i>		
Podpis osoby wnoszącej wniosek (wniosek złożony w postaci elektronicznej podpisuje się podpisem zaufanym, kwalifikowanym podpisem elektronicznym albo podpisem osobistym)		

* W 2022 r. Fundusz Kompensacyjny obejmuje tylko szczepienia przeciwko COVID-19 (wykonane od grudnia 2020 r.).

Załącznik do wniosku o przyznanie świadczenia kompensacyjnego

imię i nazwisko

Oświadczam, że w sprawie objętej wnioskiem nie toczy się ani nie zostało zakończone postępowanie przed sądem cywilnym w sprawie o zadośćuczynienie lub odszkodowanie związane z wystąpieniem działań niepożądanych po podanej szczepionce albo podanych szczepionkach.

miejsowość, data

podpis