



Rzecznik Praw Pacjenta

Wniosek należy wypełnić czytelnie, dokonując wpisów bez skreśleń i poprawek. Na końcu znajduje się instrukcja.

## Wniosek o przyznanie świadczenia kompensacyjnego z Funduszu Kompensacyjnego Szczepień Ochronnych

### Dane osoby, u której zostało przeprowadzone szczepienie ochronne

nazwisko

imię

data urodzenia (dzień - miesiąc - rok)

numer PESEL

w razie braku numeru PESEL: seria i numer paszportu lub numer identyfikacyjny innego dokumentu, który pozwala ustalić dane osobowe

### Dane przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy)

nazwisko

imię

### Dane pełnomocnika (jeśli dotyczy)

nazwisko

imię

### Adres korespondencyjny

ulica

numer domu i lokalu

miejsowość

kod pocztowy (oraz kraj, jeśli jest inny niż Polska)

Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)

Adres poczty elektronicznej (nieobowiązkowe)

Numer rachunku bankowego lub rachunku w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej (na który mają być przekazane świadczenie kompensacyjne i zwrot opłaty)

jeśli wnioskodawca nie ma rachunku bankowego: adres, na który ma zostać wysłany przekaz pocztowy

<b>Rodzaj szczepienia ochronnego*</b>		przeciw Covid-19 <input type="checkbox"/>		inne <input type="checkbox"/> - jakie:															
<b>Data wykonania szczepienia</b>				-			-												
<b>Data obserwacji w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć (jeśli dotyczy)</b>		tylko jeśli nie doszło do hospitalizacji																	
				-			-												
<b>Okres hospitalizacji (okres pobytu w szpitalu w wyniku działania niepożądanego - jeśli dotyczy)</b>																			
od			-			-				do			-			-			
<b>Czy wniosek obejmuje również zwrot kosztów leczenia lub rehabilitacji po zakończeniu obserwacji lub hospitalizacji w szpitalu? (nieobowiązkowe)</b>																			
NIE <input type="checkbox"/>				TAK <input type="checkbox"/> - kwota:															
<b>Opis sprawy (stan faktyczny)</b>																			
<b>Dane o stanie zdrowia oraz inne informacje niezbędne do rozpatrzenia wniosku</b>																			

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