



*Załącznik nr 2*

*do umowy NR …………………. na realizację programu polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Poznania w latach 2021-2024”*

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE PROCEDURY ZAPŁODNIENIA POZAUSTROJOWEGO   
METODĄ IN VITRO**

|  |  |
| --- | --- |
| **ADRESAT WNIOSKU** | **DATA WPŁYWU WNIOSKU** |
| **Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych**  **Urząd Miasta Poznania**  **ul. 3 Maja 46**  **61-728 Poznań**  **tel. 61 878 56 32**  **e-mail: wziss@um.poznan.pl** |  |
| **NR WNIOSKU\*** |  |

*\*numer wniosku nadaje Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Poznania*

***CZĘŚĆ A (wypełniają Wnioskodawcy)***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE WNIOSKODAWCÓW** | | | | | | | | | | | | | | |
| **KOBIETA** | ………………………………………………………………………  Imię i nazwisko | | | **PESEL** | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Adres zamieszkania** |  | | | | | | | | | | | | | |
| **MĘŻCZYZNA** | ………………………………………………………………………  Imię i nazwisko | | | **PESEL** | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Adres zamieszkania** |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Telefon kontaktowy** |  | | | | | | | | | | | | | |
| **ZAKRES PROGRAMU**  Program zapewnia możliwość skorzystania z procedury zapłodnienia pozaustrojowego in vitro parom, u których stwierdzono niepłodność, a inne możliwości terapeutyczne nie istnieją lub zostały już wykorzystane. W ramach miejskiego Programu, po pozytywnej kwalifikacji formalnej i medycznej, para może skorzystać z dofinansowania maksymalnie do trzech procedur in vitro, pod warunkiem, że poprzednia dofinansowana przez Miasto Poznań procedura nie była skuteczna (nie urodziło się w jej wyniku dziecko). Dofinansowanie mogą otrzymać pary, które uzyskały pozytywną kwalifikację medyczną do Programu i spełniają następujące warunki:   * **wiek kobiety w dniu złożenia wniosku mieści się w przedziale 20–43 lata wg rocznika urodzenia (w tym kobiety  z chorobą nowotworową oraz poddane leczeniu gonadotoksycznemu),** * **składają zeznanie podatkowe i rozliczają się we właściwym dla Miasta Poznania urzędzie skarbowym** *(weryfikacja na podstawie ostatniej deklaracji PIT),* * **w dniu złożenia wniosku złożą stosowne oświadczenie i dokument potwierdzający, że są mieszkańcami Poznania przez okres minimum 12 miesięcy poprzedzający dzień złożenia wniosku,** * **do dnia złożenia wniosku nie uczestniczyły lub uczestniczyły w maksymalnie dwóch procedurach zapłodnienia pozaustrojowego, finansowanych przez Miasto Poznań w latach 2017-2020,** * **nie są beneficjentami podobnego programu finansowanego ze środków publicznych,** * **spełniają ustawowe warunki podjęcia terapii metodą zapłodnienia pozaustrojowego i zostały zakwalifikowane do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego przez Realizatora Programu zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii oraz zgodnie z ustawą o leczeniu niepłodności z dnia 25 czerwca 2015 roku.** | | | | | | | | | | | | | | |
| **OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCÓW**  *(wypełniają Wnioskodawcy)* | | | | | | | | | | | | | | |
| Przystępując do udziału w Programie realizowanym w zakresie zdrowia publicznego na podstawie uchwały Nr XXX/532/VIII/2020 Rady Miasta Poznania z dnia 23 czerwca 2020 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Poznania w latach 2021-2024”, **my niżej podpisani**  …………….............................................................................................................................. *(kobieta – imię i nazwisko);*  ……………………………………………………………………………………………….. *(mężczyzna – imię i nazwisko);*  □ oświadczamy, że zapoznaliśmy się z informacją na temat zakresu Programu i warunków uczestnictwa w Programie;  □ oświadczamy, że składając niniejszy wniosek ubiegamy się o dofinansowanie (należy zaznaczyć właściwe):  □ pierwszej procedury;  □ drugiej procedury;  □ trzeciej procedury;  □ oświadczamy, że pozostajemy w związku małżeńskim/partnerskim;  □ oświadczamy, że zamieszkujemy na terenie Poznania przez okres minimum 12 miesięcy od dnia złożenia wniosku i potwierdzamy to przedłożonym do wglądu dokumentem potwierdzającym zamieszkiwanie pod adresem wskazanym we wniosku, takim jak:  ……………………………………………………………………………………………………………………………  □ oświadczamy, że ostatnie zeznanie podatkowe złożyliśmy i rozliczyliśmy się we właściwym dla Miasta Poznania urzędzie skarbowym. Załączamy do wglądu kserokopię pierwszej strony ostatniego zeznania PIT wraz z potwierdzeniem złożeniadokumentu;  □ oświadczamy, że dotychczas nie uczestniczyliśmy lub uczestniczyliśmy w co najwyżej dwóch procedurach zapłodnienia pozaustrojowego w ramach programu „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Poznania w latach 2017-2020”, finansowanego z budżetu Miasta Poznania;  □ oświadczamy, że nie jesteśmy uczestnikami podobnego programu finansowanego ze środków publicznych. | | | | | | | | | | | | | | |
| Poznań, dnia ………………………………………… | | …………………………………………………………………..  *(podpis – kobieta)*  ……………………………………………………………………  *(podpis – mężczyzna)* | | | | | | | | | | | | |
| **INFORMACJE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**  *(wypełniają Wnioskodawcy)* | | | | | | | | | | | | | | |
| Przystępując do udziału w Programie realizowanym w zakresie zdrowia publicznego na podstawie uchwały Nr XXX/532/VIII/2020 Rady Miasta Poznania z dnia 23 czerwca 2020 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Poznania w latach 2021-2024”, **wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Administratora - Prezydenta Miasta Poznania**, z siedzibą przy placu Kolegiackim 17, 61-841 Poznań, moich danych osobowychzawartych w niniejszym formularzu wniosku o dofinansowanie procedury zapłodnienia pozaustrojowego, które będą przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku oraz zweryfikowania uprawnień kwalifikujących mnie do Programu.   |  |  | | --- | --- | | Poznań, dnia …………………………………………………… | …………………………………………………………………..  *(podpis – kobieta)*  ……………………………………………………………………  *(podpis – mężczyzna)* |   **Przyjmuję do wiadomości, iż:**   1. wyznaczono Inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować poprzez e-mail: [iod@um.poznan.pl](mailto:iod@um.poznan.pl) lub pisemnie na adres:  plac Kolegiacki 17, 61-841 Poznań; 2. dane po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania przepisów dotyczących archiwizowania danych obowiązujących u Administratora; 3. zgoda na przetwarzanie danych osobowych może zostać cofnięta w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; 4. osoby, których dane dotyczą, mają prawo do: 5. dostępu do swoich danych osobowych, 6. żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe, 7. żądania usunięcia danych, gdy:  * dane nie są niezbędne do celów, dla których zostały zebrane, * po cofnięciu zgody na przetwarzanie danych, * dane przetwarzane są niezgodnie z prawem,  1. żądania ograniczenia przetwarzania, gdy:  * osoby te kwestionują prawidłowość danych, * przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych, * Administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;  1. mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych; 2. podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do rozpatrzenia mojego wniosku o dofinansowanie procedury zapłodnienia pozaustrojowego in vitro w programie polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Poznania w latach 2021-2024”; 3. dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu; 4. odbiorcami danych są podmioty zajmujące się obsługą informatyczną Administratora, podmioty, którym Administrator zlecił realizację Programu oraz mogą być podmioty upoważnione do tego na podstawie przepisów prawa. | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **POUCZENIE** | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Art. 233 § 1 Kodeksu karnego: Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę – podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8;  2. Art. 233 § 6 Kodeksu karnego: Przepisy § 1 (…) stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenia;  3. Organizator Programu informuje, że w przypadku podejrzenia o popełnieniu przestępstwa zobowiązany jest niezwłocznie zawiadomić o tym Policję lub prokuratora.  ***Oświadczamy, ze zapoznaliśmy się z pouczeniem o odpowiedzialności karnej, co przyjmujemy do wiadomości i potwierdzamy własnoręcznym podpisem:*** | | | | | | | | | | | | | | |
| Poznań, dnia …………………………………………………… | | | …………………………………………………………………..  *(podpis – kobieta)*  ……………………………………………………………………  *(podpis – mężczyzna)* | | | | | | | | | | | |

***CZĘŚĆ B (wypełnia Realizator Programu)***

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE ORGANIZACYJNE REALIZATORA PROGRAMU** | |
| **Dane Realizatora Programu**  **/Pieczątka/** |  |
| Nr umowy |  |
| **KWALIFIKACJA MEDYCZNA**  **INFORMACJE REALIZATORA** | |
| □ Wnioskodawcy ubiegający się o dofinansowanie do procedury zapłodnienia pozaustrojowego in vitro przeszli kwalifikację medyczną i spełniają ustawowe warunki podjęcia terapii metodą zapłodnienia pozaustrojowego, w związku z czym zostali zakwalifikowani do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego przez Realizatora Programu zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii oraz zgodnie z ustawą o leczeniu niepłodności z dnia 25 czerwca 2015 roku.  □ Wnioskodawcy ubiegający się o dofinansowanie do procedury zapłodnienia pozaustrojowego nie przeszli kwalifikacji medycznej i/lub nie spełniają ustawowych warunków podjęcia terapii metodą zapłodnienia pozaustrojowego, w związku z czym nie zostali zakwalifikowani do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego przez Realizatora Programu zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii oraz zgodnie z ustawą o leczeniu niepłodności z dnia 25 czerwca 2015 roku.  Poznań, dnia ………………………………………….  *…………………………………………………*  *(podpis i pieczątka Realizatora Programu)* | |

***CZĘŚĆ C (wypełnia Organizator Programu)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYDZIAŁ ZDROWIA I SPRAW SPOŁECZNYCH URZĘDU MIASTA POZNANIA** | | | |
| **ANALIZA FORMALNA WNIOSKU (właściwe zaznaczyć)** | **Tak** | **Nie** | **Brak danych** |
| Dane Wnioskodawców zawarte we wniosku umożliwiają ich weryfikację uprawnień kwalifikującym do dofinansowania procedury zapłodnienia pozaustrojowego in vitro. |  |  |  |
| Wniosek został wypełniony poprawnie i zawiera oświadczenia oraz informacje umożliwiające jego rozpatrzenie przy kwalifikacji do Programu. |  |  |  |
| Wiek kobiety w dniu złożenia wniosku mieści się w przedziale 20–43 lata wg rocznika urodzenia, zatem Wnioskodawczyni spełnia kryterium wiekowe kwalifikujące do Programu. |  |  |  |
| Wnioskodawcy przedłożyli do wglądu dokumentację potwierdzającą zamieszkiwanie na terenie Poznania pod adresem wskazanym we wniosku przez okres minimum 12 miesięcy od dnia złożenia wniosku. |  |  |  |
| Wnioskodawcy przedłożyli do wglądu zeznanie podatkowe i rozliczyli się we właściwym dla Miasta Poznania urzędzie skarbowym |  |  |  |
| Analiza formalna wniosku wraz z załącznikami przeprowadzona w dniu …………  ….....…………………………………………………...  *(podpis i pieczątka i pracownika OZP)* | | | |
| **ANALIZA MERYTORYCZNA WNIOSKU** | | | |
| □ Z treści złożonego wniosku i przedstawionych przez Wnioskodawców danych wynika, że Wnioskodawcy spełniają kryteria włączenia do programu polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Poznania w latach 2021-2024” i otrzymania dofinansowania do procedury zapłodnienia pozaustrojowego in vitro.  □ Z treści złożonego wniosku oraz przedstawionych przez wnioskodawców danych wynika, że Wnioskodawcy nie spełniają kryteriów włączenia do programu polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Poznania w latach 2021-2024” i otrzymania dofinansowania do procedury zapłodnienia pozaustrojowego in vitro.  Poznań, dnia ………… ………………………………………………………………….……………………….  *(podpis i pieczątka kierownika OZP)* | | | |
| **KWALIFIKACJA DO DOFINANSOWANIA** | | | |
| □ Wniosek został zakwalifikowany do dofinansowania procedury zapłodnienia pozaustrojowego in vitro w ramach środków zabezpieczonych na realizację programu polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Poznania w latach 2021-2024”.  □ Wniosek nie został zakwalifikowany do dofinansowania procedury zapłodnienia pozaustrojowego in vitro w ramach środków zabezpieczonych na realizację programu polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Poznania w latach 2021-2024” i nie podlega dalszemu procedowaniu przez Organizatora Programu.  Poznań, dnia ………… ………………………………………………………………….………………………. *(podpis i pieczątka osoby upoważnionej)* | | | |