



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													
mięscowość													
kod pocztowy													
województwo (lub 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													
Rodzaj szczepienia ochronnego*	przeciw Covid-19 ☐						inne ☐ - jakie:						
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 ☐					TAK ☐ - 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 ☐	NIE ☐
- kopia karty informacyjnej z leczenia szpitalnego i ewentualnie pozostałej posiadanej dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego	TAK ☐	NIE ☐
- kopia dokumentacji z dalszego leczenia lub rehabilitacji wraz z dokumentacją potwierdzającą poniesione koszty (jeśli wniosek obejmuje również zwrot kosztów)	TAK ☐	NIE ☐
- potwierdzenie wniesienia opłaty	TAK ☐	NIE ☐
- 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 ☐	NIE ☐
Pozostałe załączniki:		
- pełnomocnictwo	TAK ☐	NIE ☐
- inne: jakie	TAK ☐	NIE ☐
Oświadczenie osoby wnoszącej wniosek, składane pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń		
<i>Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.</i>		

*podpis****

- * W 2022 r. Fundusz Kompensacyjny obejmuje tylko szczepienia przeciwko COVID-19 (wykonane od grudnia 2020r.).
- ** Np. poświadczenie szczepienia pobrane z Internetowego Konta Pacjenta (zakładka: Profilaktyka/Szczepienia) lub o wydrukowanie którego można poprosić w punkcie szczepień.
- *** Wniosek złożony w postaci elektronicznej należy podpisać podpisem zaufanym, kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem osobistym.

miejsowość, data

Załącznik do wniosku o przyznanie świadczenia kompensacyjnego

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.

podpis