

Приложение 1 - Заявление о возмещении расходов

Примечания для лиц, оказавших помощь:

Вы оказали медицинскую помощь пациенту без медицинской страховки. Тем самым вы оказали помощь, которую должна была оказать служба социальной помощи, но не смогла оказать потому что не была знакома с чрезвычайным положением. Сейчас вы, как лицо, оказавшее неотложную помощь, подаете заявление в службу социальной помощи на возмещение расходов на лечение. Такое возмещение расходов возможно, если служба социальной помощи при своевременном ознакомлении с ситуацией оказала бы помощь согласно части XII кодекса социального обеспечения. То есть обслуженный вами пациент должен был иметь право на получение таких услуг с самого начала. Вы несете бремя доказывания. Для упрощения доказывания действующих обязательств со стороны службы социальной помощи была составлена прилагаемая анкета для сбора информации, которая также запрашивается и службой социальной помощи при опросе пациента перед началом лечения. Поэтому мы просим вас в ваших же интересах заполнить анкету с явно выраженного согласия пациента и подать заполненную анкету вместе с вашим заявлением на возмещение расходов согласно части XII § 25 кодекса социального обеспечения либо согласно §6а закона о предоставлении социальной помощи лицам, претендующим на политическое убежище, а также соответствующие подтверждения.

Примечания для пациентов:

Вы получили медицинскую помощь в больнице не имея медицинской страховки. Поэтому все расходы на ваше лечение вы должны нести сами. В некоторых случаях расходы на лечение может взять на себя уполномоченная служба социальной помощи, если вам полагается социальное пособие или средства согласно закону о предоставлении социальной помощи лицам, претендующим на политическое убежище. Для соответствующей проверки, пожалуйста, заполните полностью прилагаемую анкету и поставьте вашу подпись. Затем администрация больницы, в которой вы получили медицинскую помощь без медицинского страхования, отправит заполненную анкету вместе с соответствующим заявлением на возмещение расходов согласно части XII § 25 кодекса социального обеспечения либо согласно § 6а закона о предоставлении социальной помощи лицам, претендующим на политическое убежище в уполномоченную службу социальной помощи.

Примечания для иностранных граждан:

Лица, упомянутые в абз. 1 - 3 § 203 уголовного кодекса ФРГ, (например: врач, администрация больницы) подлежат **неразглашению тайн** согласно § 203 уголовного кодекса ФРГ. Согласно части XII § 25 кодекса социального обеспечения либо § 6а закона о предоставлении социальной помощи лицам, претендующим на политическое убежище, социальная служба имеет право передавать ваши данные, полученные во время проверки заявления, в ведомство по делам иностранных граждан. Передаче подлежат исключительно ваши **имя и дата рождения**.

Сведения, которые вы указали в больнице в связи с заявлением согласно части XII § 25 кодекса социального обеспечения и которые администрация больницы обязана передать в социальную службу для проведения расчета, не могут быть использованы в целях принятия мер согласно закону о пребывании, трудовой деятельности и интеграции иностранных граждан в ФРГ либо согласно закону о праве свободного передвижения, проживания и трудоустройства граждан Европейского Союза (так называемая **расширенная защита социальных данных**). Расширенная защита социальных данных не применяется, если вы имеете право на получение льгот по закону о предоставлении социальной помощи лицам, претендующим на политическое убежище. В таком случае ведомство по делам иностранных граждан может также использовать ваши данные, переданные социальной службе, для принятия мер в соответствии с законом о пребывании, трудовой деятельности и интеграции

Приложение 1 - Заявление о возмещении расходов

иностранных граждан в ФРГ либо согласно закону о праве свободного передвижения, проживания и трудоустройства граждан Европейского Союза.

Кроме того данные передаются в ведомство по делам иностранных граждан в целях предотвращения серьезной опасности для жизни и здоровья иностранного гражданина или третьих лиц, а также в случае, если иностранный гражданин ставит под угрозу здоровье населения, и специальные меры защиты не могут исключить угрозу или не соблюдаются иностранным гражданином (пункт 1 абз. 2 § 88 закона о пребывании, трудовой деятельности и интеграции иностранных граждан в ФРГ)

или

в той мере, в какой данные необходимы для определения того, имеют ли место быть условия, указанные в пункте 4 абз. 2 § 54 закона о пребывании, трудовой деятельности и интеграции иностранных граждан в ФРГ (серьезная наркозависимость и отказ от проведения необходимых реабилитационных мер), пункт 2 абз. 2 § 88 закона о пребывании, трудовой деятельности и интеграции иностранных граждан в ФРГ.

Нижеследующий пункт 1 заполняется лицом, оказавшем помощь.

1. Неотложный медицинский случай

а) Описание неотложного медицинского случая, в которое входит диагноз, необходимое лечение и проверка на неотложность (выдается непосредственно лицом, оказавшим помощь, например, администрацией больницы и прилагается к соответствующему заявлению).

б) Дата приема / продолжительность лечения

Нижеследующие пункты 2 - 13 заполняются пациентом.

2. Ваши личные данные

Фамилия:

Имя (имена)

Фамилия при рождении:

Дата рождения:

Место рождения:

Пол:

Гражданство:

Семейное положение:

Адрес (также по адресу):
либо обычное местожительство, если применимо:

Приложение 1 - Заявление о возмещении расходов

либо адрес в родной стране:

Телефон (указывается по желанию):

Пожалуйста, приложите копию паспорта либо другого соответствующего документа, удостоверяющего личность (прочие официальные документы с фотографией, например, водительское удостоверение).

Нет возможности приложить копию по причине

Вместо этого личность была подтверждена следующим образом:

Каков ваш **статус пребывания?**

(пожалуйста, приложите копию подтверждающего документа)

Статус / сведения о разрешении на пребывание или иная справка:

Действительно до:

Место выдачи:

3. В случае несовершеннолетия пациента: Сведения о родителях:

Отец:

Фамилия:

Имя (имена):

Дата рождения:

Адрес:

Имеет медицинское страхование в:

Мать:

Фамилия:

Имя (имена):

Дата рождения:

Адрес:

Имеет медицинское страхование в:

а) Получают ли **родители доход?**

Да – в каком размере?: _____ евро/месяц

Укажите источник доходов:

деятельность в рамках системы социального страхования

работа за минимальную заработную плату (минимальная занятость)

Предпринимательская деятельность

Социальные пособия (например, часть II кодекса социального обеспечения)

(пожалуйста, приложите подтверждения)

Приложение 1 - Заявление о возмещении расходов

Нет

Если ответ «нет», укажите источник средств к существованию:

4. Сведения о доходе и имуществе

Откуда у вас средства к существованию?

а) Получаете ли вы **доход**?

Да – в каком размере?: _____ евро/месяц

Если ответ «да»: Укажите источник доходов:

деятельность в рамках системы социального страхования

работа за минимальную заработную плату (минимальная занятость)

Предпринимательская деятельность

Социальные пособия, а именно:

Алименты

Прочие доходы (пенсия, арендные доходы и т.д.)

Нет

Если ответ «нет», то как вы обеспечиваете или обеспечивали средства к существованию (конкретный перечень способов и мест обеспечения средств к существованию, например сбор бутылок, перепродажа газеты «Hinz und Kunzt» и т.д.):

б) Владете ли вы **имуществом** на территории ФРГ или на территории другого государства (в случае иностранных граждан - в особенности на территории вашей родной страны)?

Нет

Да – в каком размере или какой стоимости?

Наличные средства:

Сбережения:

Земельные владения / недвижимость:

Легковой автомобиль:

Другое имущество:

Приложение 1 - Заявление о возмещении расходов

5. Вина третьих лиц в заболевании:

Ответственна ли за ваше заболевание **третья сторона** (например, в результате автомобильной аварии)?

- Нет
 Да

Если ответ «да», то в случае несчастного случая, пожалуйста, опишите место, где несчастный случай произошел и обстоятельства, приведшие к нему:

Пожалуйста, укажите имя и адрес третьего лица или, в соответствующих случаях, страховой компании:

Имеет ли **несчастный случай отношение к вашей деятельности / работе** (например, несчастный случай на производстве, во время посещения учебного заведения, также несчастный случай по пути на работу или с работы)?

- Нет
 Да

Если ответ «да», то в случае несчастного случая, пожалуйста, опишите место, где несчастный случай произошел и обстоятельства, приведшие к нему:

Пожалуйста, укажите название и адрес работодателя или учебного заведения:

Пожалуйста, укажите название и адрес организации страхования от несчастных случаев:

6. Собственное медицинское страхование

Имеете / имели ли вы медицинское страхование на территории ФРГ?

- Да:**
 обязательное медицинское страхование (либо в рамках семейной страховки)
 частное медицинское страхование

Наименование и юридический адрес страховой компании или больничной кассы:

До каких пор вы были застрахованы?

- Нет**

Если ответ «нет»: Я выбираю следующую государственную больничную кассу:

Имеете / имели ли вы медицинское страхование в стране вашего происхождения?

- Да** - пожалуйста, укажите наименование и юридический адрес страховой организации, а также государство, в котором эта страховка действительна.

Приложение 1 - Заявление о возмещении расходов

(Пожалуйста, приложите копию подтверждения, например, карточку медицинского страхования за рубежом, Европейскую карту медицинского страхования (ЕКМС), временное свидетельство о замене (ВСЗ))

Нет

(Пожалуйста, приложите копию подтверждения об отсутствии страхования)

До каких пор вы были застрахованы?

Оформили / оформляли ли вы ранее **медицинскую страховку для выезда за рубеж** в стране своего происхождения?

Да - пожалуйста, укажите наименование и юридический адрес страховой организации, а также государство, в котором эта страховка действительна.
(пожалуйста, приложите копию подтверждающего документа)

Нет

7. Медицинское страхование супруга / супруги или гражданского партнера / гражданской партнерши (если гражданское (однополое) партнерство приравнивается к браку в родной стране)

Фамилия:

Имел / имела ли он / она медицинскую страховку на территории ФРГ?

Да:

обязательное медицинское страхование (либо в рамках семейной страховки)

частное медицинское страхование

Наименование и юридический адрес страховой компании или больничной кассы:
(пожалуйста, приложите копию подтверждающего документа)

До каких пор он / она был / была застрахован / застрахована?

Нет

Имел ли ваш супруг или гражданский партнер / имела ли ваша супруга или гражданская партнерша медицинскую страховку в стране его / ее происхождения?

Да - пожалуйста, укажите наименование и юридический адрес страховой организации, а также государство, в котором эта страховка действительна.

(Пожалуйста, приложите копию подтверждения, например, карточку медицинского страхования за рубежом, Европейскую карту медицинского страхования (ЕКМС), временное свидетельство о замене (ВСЗ))

Нет

(Пожалуйста, приложите копию подтверждения об отсутствии страхования)

Оформил / оформлял ли ваш супруг / гражданский партнер / оформила либо оформляла ли ваша супруга / гражданская партнерша ранее медицинскую страховку для выезда за рубеж в стране его / ее происхождения?

Приложение 1 - Заявление о возмещении расходов

Да - пожалуйста, укажите наименование и юридический адрес страховой организации, а также государство, в котором эта страховка действительна.
(Необходимо приложить копию подтверждающего документа)

Нет

8. В случае беременности или родов

Отец ребенка: Имя, адрес, медицинская страховка и гражданство:

Отец ребенка неизвестен

9. Сведения о въезде и пребывании в Германии

Когда вы въехали на территорию Германии?

Как давно вы находитесь в Гамбурге?

Где вы проживали до переезда в Гамбург?

По какой причине вы приехали в Германию?

Подала ли третья сторона до вашего въезда **заявление о принятии обязательств** в ведомство по делам иностранцев или в зарубежное представительство **в соответствии с § 68 закона о пребывании, трудовой деятельности и интеграции иностранных граждан в ФРГ?** (Хотел ли кто-либо в Германии содержать вас?)

Нет

Да - Фамилия и адрес перенимающего обязательства:
(если возможно, пожалуйста, приложите копию заявления о принятии обязательств)

Готовы ли вы покинуть Германию по окончании лечения?

Нет, причина:

Да

Примечание: Если вы готовы покинуть Германию после лечения, вы должны покинуть страну не позднее, чем через месяц после окончания лечения.

10. Сведения о супруге / гражданском партнере / гражданской партнерше пациента:

Нет супруга / супруги или гражданского партнера / гражданской партнерши

Фамилия:

Приложение 1 - Заявление о возмещении расходов

Имя (имена)

Фамилия при рождении:

Дата рождения:

Место рождения:

Пол:

Гражданство:

Профессиональная деятельность в настоящее время:

Семейное положение:

Адрес:
(также по адресу)

либо адрес в родной стране:

Телефон (указывается по желанию):

либо Статус пребывания:
(пожалуйста, приложите копию подтверждающего документа)

11. Сведения о доходах супруга / супруги или гражданского партнера / гражданской партнерши

Получает ли ваш **супруг** / ваша **супруга** или ваш **гражданский партнер** / ваша **гражданская партнерша** либо (в случае несовершеннолетних пациентов) получают ли ваши родители **доход**?

Да – в каком размере?: _____ евро/месяц

Укажите источник доходов:

- деятельность в рамках системы социального страхования
- работа за минимальную заработную плату (минимальная занятость)

Предпринимательская деятельность
 Социальные пособия
(пожалуйста, приложите подтверждения)

Нет

Если ответ «нет», укажите источник средств к существованию:

12. Сведения о детях пациента

Дети Да Нет

Приложение 1 - Заявление о возмещении расходов

Если ответ «да», пожалуйста, заполните таблицу:

	Ребенок 1	Ребенок 2	Ребенок 3
Фамилия			
Имя (имена)			
Фамилия при рождении			
Дата рождения			
Место рождения			
Пол			
Гражданство			
Семейное положение			
Адрес (также по адресу)			
либо адрес в родной стране			
Телефон (указывается по желанию)			
либо Статус пребывания (пожалуйста, приложите копию подтверждающего документа)			
Школа, при условии посещения школы (пожалуйста, приложите копию подтверждающего документа)			

п,

Да – в каком размере?: _____ евро/месяц

Укажите источник доходов:

- деятельность в рамках системы социального страхования
- работа за минимальную заработную плату (минимальная занятость)
- Предпринимательская деятельность
- Социальные пособия

Если ответ «да»: Оказывается ли **поддержка родителям** (например: денежная помощь, предоставление жилья)?
В каком размере?

Приложение 1 - Заявление о возмещении расходов

13. Поддержка со стороны других органов

Наняли ли вы **адвоката**? Если да, то в каких делах он представляет ваши интересы?
Есть ли там ваши документы?

Фамилия:

Адрес:

Тел. / Факс / электронная почта:

Получаете ли вы консультацию и поддержку со стороны **консультационного офиса (офиса по вопросам миграции)**? Обращались ли вы в прошлом в консультационный офис (офис по вопросам миграции)? Есть ли там ваши документы?

Фамилия:

Адрес:

Тел. / Факс / электронная почта:

Заявление пациента / пациентки:

Я подтверждаю, что вышеуказанные сведения соответствуют правде.

Я даю свое согласие на то, что мои данные могут быть переданы в службу социальной помощи г. Гамбург и обработаны там в связи с заявлением на возмещение расходов. Я освобождаю врача от его обязанности сохранения врачебной тайны.

Прошу службу социальной помощи покрыть расходы на лечение.

Дата, место и подпись пациента / пациентки