

Anexa 1 - Cerere de preluare a costurilor

Informații pentru personalul din serviciul de urgență:

Ați tratat un pacient fără asigurare de sănătate, acordându-i astfel ajutor, care ar fi trebuit asigurat de către instituția de asistență socială, însă care nu a putut fi asigurat de către aceasta datorită lipsei cunoștințelor despre situațiile de urgență. În calitate de lucrător în serviciul de urgență, solicitați acum autorității competente de asistență socială rambursarea costurilor dumneavoastră pentru tratament. Condiția necesară pentru această solicitare de rambursare este aceea ca autoritatea de asistență socială să fi oferit prestații conform SGB XII, dacă situația ar fi fost cunoscută din timp. Prin urmare, pacientul tratat de dumneavoastră trebuie să fi avut, în principiu, dreptul la prestația acordată. Dumneavoastră vă revine sarcina probei în acest sens. Pentru a vă facilita dovedirea că instituția de asistență socială este obligată să ofere aceste prestații, a fost elaborat chestionarul atașat, care solicită aceleași informații pe care le-ar fi solicitat instituția de asistență socială dacă pacientul ar fi fost chestionat înainte de tratament. Prin urmare vă rugăm, în propriul dumneavoastră interes, prin urmare, să completați acest chestionar cu acordul explicit al pacientului și să-l anexați cererii dumneavoastră de rambursare a costurilor în conformitate cu art. 25 SGB XII și art. 6a AsylbLG, împreună cu dovezile aferente.

Informații pentru pacienți:

Ați fost tratat medical în spital și nu aveți asigurare de sănătate. Prin urmare, trebuie să suportați singur costurile tratamentului dumneavoastră. În cazuri excepționale, costurile dumneavoastră de tratament pot fi rambursate spitalului de către autoritatea de asistență socială competentă, dacă aveți dreptul la asistență socială sau prestații sociale conform Legii privind prestațiile pentru azilanți. Pentru a putea verifica acest lucru, vă rugăm să completați în întregime și să semnați chestionarul atașat. După aceasta, spitalul care v-a tratat fără acoperirea asigurării de sănătate va trimite chestionarul împreună cu cererea sa de rambursare a costurilor în conformitate cu § 25 XII respectiv § 6a AsylbLG către serviciul social competent.

Informații pentru cetățeni străini:

Persoanele menționate la § 203 alin. 1 până la alin. 3 din Codul Penal (de exemplu, medicul, administrația spitalului) sunt supuse **obligației de confidențialitate** conform § 203 din Codul Penal. Serviciul social poate transfera datele dumneavoastră către Autoritatea pentru străini în cadrul examinării unei cereri conform § 25 SGB XII, respectiv § 6a AsylbLG. Cu toate acestea, vor fi transmise numai **numele și data nașterii**.

Informațiile pe care le furnizați spitalului în legătură cu formularea revendicărilor conform § 25 SGB XII și pe care spitalul trebuie să le transmită autorității de asistență socială competente în cadrul procedurii de decontare nu pot fi utilizate pentru măsuri aplicate conform Legii privind rezidența sau Legii privind libertatea de mișcare/UE (așa-numita **protecție socială extinsă a datelor**). Protecția extinsă a datelor sociale nu se aplică dacă aveți dreptul la prestații conform legii AsylbLG. În acest caz, autoritatea pentru străini poate utiliza, de asemenea, datele dumneavoastră transmise de către serviciul social și pentru măsurile aplicate conform Legii privind rezidenței sau Legii privind libera circulație a persoanelor.

În afară de aceasta, o transmitere de date către autoritatea pentru străini are loc

pentru apărarea împotriva unor pericole semnificative pentru viața și integritatea corporală a străinului sau a unui terț, sau dacă străinul periclitează sănătatea publică și nu sunt posibile măsuri speciale de protecție pentru a exclude pericolul, sau acestea nu sunt respectate de către străin (§ 88 alin. 2 nr. 1 din AufenthG)

sau

Anexa 1 - Cerere de preluare a costurilor

În măsura în care datele sunt necesare pentru a determina dacă sunt îndeplinite condițiile specificate în § 54 alin. 2 nr. 4 din Legea rezidenței (dependență severă de droguri și refuz de a lua parte la o măsură de reabilitare), § 88 alin. 2 nr. 2 din Legea rezidenței.

Următorul punct 1 trebuie completat de către lucrătorul din serviciul de urgență.

1. Caz de urgență medicală

a) Prezentarea urgenței medicale, care include diagnosticul, tratamentul necesar și certificatul de urgență (trebuie eliberat direct de către lucrătorul serviciului de urgență, de exemplu de către spital, și se va atașa cererii).

b) Momentul internării/ durata tratamentului

Următoarele puncte de la 2 la 13 trebuie să fie completate de către pacient.

2. Datele dumneavoastră personale

Numele:

Prenumele:

Numele de familie la naștere:

Data nașterii:

Locul nașterii:

Sexul:

Cetățenia:

Starea civilă:

Adresa (inclusiv c/o):
sau, dacă este cazul, domiciliul obișnuit:

respectiv Adresa din țara de origine:

Telefon (informație facultativă):

Vă rugăm să atașați o copie a pașaportului sau a unui alt document de identitate corespunzător (de exemplu, alte documente oficiale cu o fotografie, cum ar fi permisul de conducere, etc.).

Nu este posibilă o copie, deoarece

În schimb, identitatea este dovedită după cum urmează:

Ce **statut de sedere** aveți?

(Vă rugăm să atașați o copie a documentului doveditor)

Anexa 1 - Cerere de preluare a costurilor

Starea/indicarea titlului de rezidență sau a unui alt certificat:

Valabil până la data de:

Acordat de:

3. În cazul pacienților minori: Date privind părinții

Tatăl:

Numele:

Prenumele:

Data nașterii:

Adresa:

Asigurarea de sănătate este încheiată cu:

Mama:

Numele:

Prenumele:

Data nașterii:

Adresa:

Asigurarea de sănătate este încheiată cu:

a) Realizează părinții venituri?

Da – în ce cuantum?: _____ euro/lună

Este vorba despre venituri realizate din:

Activități supuse obligației contribuțiilor la asigurări sociale

activitate cu program redus (mini-job)

Activitate independentă

obținerea de prestații sociale (de ex. SGB II)

(Vă rugăm atașați documente doveditoare)

Nu

Dacă nu, traiul este susținut după cum urmează:

4. Date privind veniturile și situația materială

Cum vă asigurați traiul?

a) Realizați venituri?

Da – în ce cuantum?: _____ euro/lună

Dacă da: Este vorba despre venituri realizate din:

Activități supuse obligației contribuțiilor la asigurări sociale

Anexa 1 - Cerere de preluare a costurilor

activitate cu program redus (mini-job)

Activitate independentă

obținerea de prestații sociale, și anume:

întreținere

Alte venituri (pensii, chirie, etc.)

Nu

Dacă nu, mijloacele de trai sunt asigurate, respectiv au fost asigurate prin (enumerare concretă despre cum și unde au fost asigurate mijloacele de trai, de exemplu, colectarea de sticle, vânzare prin Hinz und Kunzt):

b) Dețineți **bani sau bunuri** în Germania sau într-un alt stat (în special pentru străini: în țara dumneavoastră de origine)?

Nu

Da – în ce quantum, respectiv de ce valoare?

Bani numerar:

Economii:

Terenuri/imobile:

Autoturisme:

Alte bunuri:

5. Culpă unor terți la îmbolnăvire

Există **culpa unui terț** pentru îmbolnăvirea dumneavoastră (de exemplu din cauza unui accident rutier)?

Nu

Da

Dacă da, vă rugăm să descrieți în cazul unui accident locul și circumstanțele care au dus la producerea accidentului:

Vă rugăm să specificați numele și adresa părții terțe respectiv, societatea de asigurări:

Este vorba despre un **accident legat de activitatea dumneavoastră / munca dumneavoastră** (de exemplu, un accident de muncă, în timp ce vă aflați la școală, sau accident pe drumul către sau de la locul de muncă)?

Anexa 1 - Cerere de preluare a costurilor

Nu

Da

Dacă da, vă rugăm să descrieți locul și circumstanțele care au dus la producerea accidentului:

Vă rugăm să menționați numele și adresa angajatorului, respectiv denumirea școlii:

Vă rugăm să menționați denumirea și adresa societății de asigurare:

6. Asigurare proprie de sănătate

Aveți sau ați avut în Germania o asigurare de sănătate?

Da

asigurare legală de sănătate (respectiv asigurare de familie)

asigurare privată de sănătate

Denumirea și sediul societății de asigurări sau a casei de asigurări:

Până când ați fost asigurat?

Nu

Dacă nu: Aleg următoarea asigurare legală de sănătate:

Aveți sau ați avut în țara dumneavoastră de origine o asigurare de sănătate?

Da - Vă rugăm indicați denumirea asigurării / sediul / țara asigurării

(Trebuie anexată o copie a unui document doveditor, de exemplu un card de asigurări de sănătate din străinătate, card **European Health Insurance Card** (EHIC, card european de asigurări de sănătate), adeverință provizorie înlocuitoare (PEB)

Nu

(Trebuie anexată o copie a dovezii privind indisponibilitatea)

Până când ați fost asigurat?

Ați încheiat o **asigurare de sănătate pentru călătorie** în țara dumneavoastră de origine?

Da - Vă rugăm indicați denumirea asigurării / sediul / țara asigurării

(Vă rugăm să atașați o copie a documentului doveditor)

Nu

7. Asigurare de sănătate soț (soție)/partener civil (parteneră civilă) - dacă parteneriatul civil este considerat egal cu căsătoria în țara de origine

Numele:

Anexa 1 - Cerere de preluare a costurilor

Are sau a avut în Germania o asigurare de sănătate?

- Da
- asigurare legală de sănătate (respectiv asigurare de familie)
- asigurare privată de sănătate

Denumirea și sediul societății de asigurări sau a casei de asigurări:
(Vă rugăm să atașați o copie a documentului doveditor)

Până când a fost asigurat(ă)?

- Nu

Soțul (soția) sau partenerul social (partenera socială) a fost asigurat(ă) în țara de origine?

- Da - Vă rugăm indicați denumirea asigurării / sediul / țara asigurării

(Trebuie anexată o copie a unui document doveditor, de exemplu un card de asigurări de sănătate din străinătate, card **European Health Insurance Card** (EHIC, card european de asigurări de sănătate), adeverință provizorie înlocuitoare (PEB)

- Nu

(Trebuie anexată o copie a dovezii privind indisponibilitatea)

Soțul (soția)/partenerul dumneavoastră civil (partenera dumneavoastră civilă) a încheiat o asigurare de sănătate pentru călătorie în țara de origine?

- Da - Vă rugăm indicați denumirea asigurării / sediul / țara asigurării
(Vă rugăm să atașați o copie a documentului doveditor)
- Nu

8. În cazul sarcinii sau al nașterii

Tatăl copilului: Numele, adresa, asigurarea de sănătate și cetățenia

Tatăl copilului nu este cunoscut

9. Informații despre intrarea și șederea în Germania

Când ați intrat în Germania?

De când locuiți în Hamburg?

Unde ați locuit înainte să vă mutați în Hamburg?

Pentru care motive ați venit în Germania?

Anexa 1 - Cerere de preluare a costurilor

Înainte de a intra în țară, un terț a făcut o **declarație de angajament** față de autoritatea pentru străini sau o misiune diplomatică **conform art. 68 din Legea privind rezidența?** (A dorit cineva să preia întreținerea dumneavoastră în Germania?)

- Nu
- Da - Numele și adresa persoanei dispuse să își asume cheltuielile pentru dumneavoastră:
(dacă este posibil, atașați o copie a declarației de angajament)

Sunteți dispus să părăsiți țara după încheierea tratamentului medical?

- Nu, motivul:
- Da

Notă: Dacă sunteți dispus să părăsiți țara după tratament, părăsirea țării trebuie să aibă loc, de principiu, în termen de o lună de la finalizarea tratamentului.

10. Informații despre soțul (soția) sau partenerul (partenera) civil(ă) a pacientului:

- Fără soț (soție) sau partener(ă) civil(ă)

Numele:

Prenumele:

Numele de familie la naștere:

Data nașterii:

Locul nașterii:

Sexul:

Cetățenia:

Activitatea profesională curentă:

Starea civilă:

Adresa:
(și c/o)

respectiv Adresa din țara de origine:

Telefon (informație facultativă):

respectiv Statutul șederii:
(Vă rugăm să atașați o copie a documentului doveditor)

Anexa 1 - Cerere de preluare a costurilor**11. Informații privind veniturile soțului(soției)/partenerului civil (partenerii civile)**

Soțul (soția)/partenerul dumneavoastră civil (partenera dumneavoastră civilă) sau părinții dumneavoastră (în cazul pacienților minori) realizează venituri?

Da – în ce cuantum?: _____ euro/lună

Este vorba despre venituri realizate din:

Activități supuse obligației contribuțiilor la asigurări sociale

Activitate cu program redus (mini-job)

Activitate independentă

Obținerea de prestații sociale

(Vă rugăm atașați documente doveditoare)

Nu

Dacă nu, traiul este susținut după cum urmează:

12. Informații despre copiii pacientului

Copii Da Nu

Dacă da, vă rugăm completați tabelul:

	Copilul 1	Copilul 2	Copilul 3
Numele			
Prenumele:			
Numele de familie la naștere:			
Data nașterii			
Locul nașterii			
Sexul:			
Cetățenia			
Starea civilă:			
Adresa (inclusiv c/o):			
respectiv Adresa din țara de origine:			
Telefon (informație facultativă):			
respectiv (Vă rugăm să atașați o copie a documentului doveditor)			
Școala, dacă se frecventează o școală			

Anexa 1 - Cerere de preluare a costurilor

Dispune copilul, respectiv dispun copiii de venituri?

Da – în ce cuantum?: _____ euro/lună

Este vorba despre venituri realizate din:

- Activități supuse obligației contribuțiilor la asigurări sociale
- Activitate cu program redus (mini-job)
- Activitate independentă
- Obținerea de prestații sociale

Dacă da: Se acordă părinților ajutor de întreținere (de ex. alocații financiare, locuință)?
În ce cuantum?

13. Ajutor din partea altor instituții

Ați mandatat un **avocat**? Dacă da, în ce domenii vă reprezintă interesele? Există acolo documente ale dumneavoastră?

Numele:

Adresa:

Tel./FAX/E-mail:

Beneficiați de consiliere și sprijin din partea unui **(centru pentru migranți) și consiliere**? Ați avut în trecut contact cu un (centru pentru migranți) și consiliere? Există acolo documente ale dumneavoastră?

Numele:

Adresa:

Tel./FAX/E-mail:

Declarația pacientului/pacientei:

Declar că am dat informațiile de mai sus conform realității.

Sunt de acord ca datele mele să fie transmise și prelucrate în scopuri de facturare în cadrul unei cereri de preluare a costurilor adresată autorității de asistență socială Hamburg și îl exonerez pe medic de obligația sa de a păstra confidențialitatea.

Solicit autorității de asistență socială să preia costurile tratamentului.

Anexa 1 - Cerere de preluare a costurilor

Data, locul și semnătura pacientului/pacientei