

## Załącznik 1 - Wniosek o pokrycie kosztów

### Informacja dla służb ratowniczych:

Leczyli Państwo pacjenta bez ubezpieczenia zdrowotnego i tym samym zapewнили Państwo pomoc, która powinna być zostać udzielona przez instytucję opieki społecznej, co było niemożliwe ze względu na brak wiedzy tej instytucji o sytuacji kryzysowej. Jako udzielający pomocy w nagłych wypadkach składają Państwo teraz do właściwej instytucji opieki społecznej wniosek o zwrot kosztów leczenia. Warunkiem wstępnym złożenia tego wniosku jest udzielanie przez właściwą instytucję pomocy społecznej świadczeń zgodnie z SGB XII w przypadku, gdy informacja dociera do niej na czas. Pacjent, którego Państwo leczyci, powinien więc zasadniczo mieć prawo do udzielonego mu świadczenia. Ciężar dowodu w tej sprawie spoczywa na Państwie. Aby ułatwić Państwu udowodnienie, że instytucja pomocy społecznej jest zobowiązana do udzielania świadczeń, opracowany został załączony kwestionariusz, zawierający pytania dotyczące informacji, o które poproszone zostałyby również instytucje pomocy społecznej w przypadku zgłoszenia pacjenta przed rozpoczęciem leczenia. Z tego względu, w Państwa własnym interesie prosimy o wypełnienie tego kwestionariusza za wyraźną zgodą pacjenta, a także o dołączenie zgodnego z § 25 SGB XII lub § 6a AsylbLG wniosku o zwrot kosztów wraz z dokumentami dowodowymi.

### Informacja dla pacjentów:

Byli Państwo leczeni w szpitalu i nie posiadają Państwo ubezpieczenia zdrowotnego. Z tego powodu muszą Państwo samodzielnie pokryć koszty swojego leczenia. W wyjątkowych przypadkach koszty leczenia mogą zostać zwrócone szpitalowi przez właściwą instytucję pomocy społecznej, o ile na podstawie ustawy o świadczeniach dla osób ubiegających się o azyl są Państwo uprawnieni do otrzymywania pomocy społecznej lub świadczeń. W celu umożliwienia nam weryfikacji powyższego, prosimy o wypełnienie w całości załączonego kwestionariusza oraz jego podpisanie. Następnie szpital, który leczył Państwa bez ubezpieczenia zdrowotnego, złoży kwestionariusz wraz ze zgodnym z § 25 XII lub § 6a AsylbLG wnioskiem o zwrot kosztów do właściwej placówki opieki społecznej.

### Informacja dla obcokrajowców:

Osoby wymienione w § 203 ust. 1 do 3 StGB (tj. lekarz, administracja szpitala) podlegają **obowiązkowi zachowania poufności** zgodnie z § 203 StGB. W związku z rozpatrywaniem zgodnego z treścią § 25 SGB XII lub § 6a AsylbLG wniosku, placówka pomocy społecznej może przekazać Państwa dane do Urzędu ds. cudzoziemców. Przekazywane są wyłącznie **nazwisko i data urodzenia**.

Informacje przekazywane szpitalowi w związku z dochodzeniem roszczeń zgodnie z § 25 SGB XII, które szpital musi przekazać placówce opieki społecznej w ramach rozliczenia, nie mogą być wykorzystywane do działań zgodnych z ustawą o pobycie lub ustawą o swobodzie przemieszczania się/UE (tzw. **przedłużona ochrona danych społecznych**). Przedłużona ochrona danych społecznych nie ma zastosowania, jeśli są Państwo uprawnieni do świadczeń w oparciu o AsylbLG. W takim przypadku Urząd ds. cudzoziemców może również wykorzystać przekazane placówkę opieki społecznej dane również do celów działań zgodnych z ustawą o pobycie lub ustawą o swobodzie przemieszczania się.

Dane są także przekazywane do Urzędu ds. cudzoziemców

w celu zapobieżenia poważnemu zagrożeniu dla życia i zdrowia cudzoziemca lub osób trzecich oraz jeżeli cudzoziemiec zagraża zdrowiu publicznemu, a zastosowanie specjalnych środków ochrony w celu wykluczenia zagrożenia nie jest możliwe lub nie są one przestrzegane przez cudzoziemca (art. 88 ust. 2 nr 1 AufenthG)

albo,

## Załącznik 1 - Wniosek o pokrycie kosztów

o ile dane te są niezbędne do ustalenia, czy spełnione zostały warunki określone w § 54 ust. 2 nr 4 AufenthG (poważne uzależnienie od narkotyków i odmowa podjęcia niezbędnych działań rehabilitacyjnych), § 88 ust. 2 nr 2 AufenthG.

**Poniższy punkt 1 wypełnia ratownik medyczny.**

### **1. Nagły przypadek medyczny**

**a) Opis nagłego przypadku medycznego**, w tym diagnoza, niezbędne leczenie oraz zaświadczenie o nagłym przypadku (wydawane bezpośrednio przez podmiot udzielający pomocy, np. szpital, i dołączane do wniosku tego ostatniego)

**b) Data przyjęcia/okres leczenia**

**Poniższe punkty 2 do 13 wypełnia pacjent.**

### **2. Państwa dane osobowe**

Nazwisko:

Imię (imiona):

Nazwisko rodowe:

Data urodzenia:

Miejsce urodzenia:

Płeć:

Obywatelstwo:

Stan cywilny:

Adres (również do rąk):  
albo miejsce zwykłego pobytu, jeśli dotyczy:

ewentualnie Adres w kraju pochodzenia:

Telefon (informacja nieobowiązkowa):

**Należy załączyć kopię paszportu lub innego odpowiedniego dowodu tożsamości (np. inne dokumenty urzędowe ze zdjęciem, takie jak prawo jazdy itp.)**

kopia nie jest możliwa, ponieważ  
Zamiast tego, tożsamość jest weryfikowana w następujący sposób:

Jaki jest Państwa **status pobytu**?  
(Proszę załączyć kopię dowodu)

Status/wskazanie pozwolenia na pobyt lub innego zaświadczenia:

### Załącznik 1 - Wniosek o pokrycie kosztów

Ważny do:

Wystawione przez:

#### **3. W przypadku pacjentów niepełnoletnich: Informacje o rodzicach**

Ojciec:

Nazwisko:

Imię (imiona)

Data urodzenia:

Adres:

Posiada ubezpieczenie zdrowotne w:

Matka:

Nazwisko:

Imię (imiona)

Data urodzenia:

Adres:

Posiada ubezpieczenie zdrowotne w:

a) Czy **rodzice** mają **dochody**?

Tak - w jakiej wysokości?: \_\_\_\_\_ euro/miesiąc

Są to dochody z tytułu:

- zatrudnienia podlegającego składkom na ubezpieczenie społeczne
- zatrudnienie w niepełnym wymiarze (praca dorywcza)
- Własna działalność gospodarcza
- Otrzymywanie świadczeń socjalnych (np. SGB II)

(Proszę załączyć dokumenty dowodowe)

Nie

Jeśli nie, utrzymują się w następujący sposób:

#### **4. Dane dotyczące dochodów i majątku**

Jakie jest Państwa źródło utrzymania?

a) Czy posiadają Państwo **dochody**?

Tak - w jakiej wysokości?: \_\_\_\_\_ euro/miesiąc

Jeżeli tak: Są to dochody z tytułu:

- Zatrudnienie podlegające obowiązkowym składkom na ubezpieczenie społeczne

### Załącznik 1 - Wniosek o pokrycie kosztów

zatrudnienie w niepełnym wymiarze (praca dorywcza)

Własna działalność gospodarcza

Otrzymywanie świadczeń socjalnych, mianowicie:

alimenty

inne dochody (emerytury, czynsze itp.)

Nie

Jeśli nie, źródło utrzymania stanowi (konkretna lista danych dotyczących tego, jak i gdzie zapewnione zostało utrzymanie, np. zbieranie butelek, sprzedaż czasopisma Hinz und Kunzt):

b) Czy posiadają Państwo **majątek** w Niemczech lub w innym kraju (w przypadku obcokrajowców dotyczy szczególnie majątku w kraju ojczystym)?

Nie

Tak - w jakiej kwocie lub wartości?

Gotówka:

Oszczędności:

Ziemia/ nieruchomości:

Samochód osobowy:

Pozostałe składniki majątku:

### **5. Odpowiedzialność osób trzecich za Państwa chorobę**

Czy **osoba trzecia jest odpowiedzialna** za Państwa chorobę (np. poprzez spowodowanie samochodowego)?

Nie

Tak

Jeżeli tak, dla wypadku komunikacyjnego: proszę opisać miejsce i okoliczności, które doprowadziły do wypadku:

Proszę podać nazwę i adres osoby trzeciej albo – w stosownych przypadkach – zakładu ubezpieczeń:

Czy **wypadek wiąże się z wykonywaną przez Państwa działalnością/pracą zarobkową** (np. wypadek przy pracy, podczas nauki w szkole, a także w drodze do pracy)?

## Załącznik 1 - Wniosek o pokrycie kosztów

Nie

Tak

Jeżeli tak, proszę opisać miejsce i okoliczności, które doprowadziły do wypadku:

Proszę podać nazwę i adres pracodawcy lub szkoły:

Proszę podać nazwę i adres zakładu ubezpieczeń wypadkowych:

### **6. Własne ubezpieczenie zdrowotne**

**Posiadają lub posiadali Państwo ubezpieczenie zdrowotne w Niemczech?**

**Tak:**

ustawowe ubezpieczenie zdrowotne (ew. ubezpieczenie rodzinne)

prywatne ubezpieczenie zdrowotne

Nazwa i siedziba zakładu ubezpieczeń lub kasy chorych:

Do kiedy byli Państwo ubezpieczeni?

**Nie**

Jeżeli nie: Wybieram następujące ustawowe ubezpieczenie zdrowotne:

**Czy posiadają lub posiadali Państwo ubezpieczenie zdrowotne w kraju pochodzenia?**

Tak - proszę podać nazwę zakładu ubezpieczeń / siedzibę / kraj ubezpieczenia

(Należy dołączyć kopię dowodu, np. zagraniczną kartę ubezpieczenia zdrowotnego, **European Health Insurance-Card** (EHIC, Europejska karta ubezpieczenia zdrowotnego (EKUZ)), tymczasowy certyfikat zastępczy (PEB)).

Nie

(należy załączyć kopię dokumentu poświadczającego brak)

Do kiedy byli Państwo ubezpieczeni?

Czy wykupili Państwo **podrózne ubezpieczenie zdrowotne** w kraju pochodzenia?

Tak - proszę podać nazwę zakładu ubezpieczeń / siedzibę / kraj ubezpieczenia  
(Proszę załączyć kopię dowodu)

Nie

**7. Współmałżonek lub partner życiowy objęty ubezpieczeniem zdrowotnym**  
(jeśli związek partnerski w kraju ojczystym posiada status równy małżeństwu)

Nazwisko:

## Załącznik 1 - Wniosek o pokrycie kosztów

### Czy jest lub był/a ubezpieczony/a w Niemczech?

- Tak:
- ustawowe ubezpieczenie zdrowotne (ew. ubezpieczenie rodzinne)
  - prywatne ubezpieczenie zdrowotne

Nazwa i siedziba zakładu ubezpieczeń lub kasy chorych:  
(Proszę załączyć kopię dowodu)

Do kiedy był/a ubezpieczony/a?

- Nie

### Czy Państwa współmałżonek lub partner życiowy jest lub był ubezpieczony w kraju pochodzenia?

- Tak - proszę podać nazwę zakładu ubezpieczeń / siedzibę / kraj ubezpieczenia

(Należy dołączyć kopię dowodu, np. zagraniczną kartę ubezpieczenia zdrowotnego, **European Health Insurance-Card** (EHIC, Europejska karta ubezpieczenia zdrowotnego (EKUZ)), tymczasowy certyfikat zastępczy (PEB)).

- Nie

(należy załączyć kopię dokumentu poświadczającego brak)

### Czy Twój współmałżonek lub partner życiowy wykupił lub zlecił wykupienie podróznego ubezpieczenia zdrowotnego w kraju pochodzenia?

- Tak - proszę podać nazwę zakładu ubezpieczeń / siedzibę / kraj ubezpieczenia  
(należy dołączyć kopię dowodu)
- Nie

## **8. W przypadku ciąży lub porodu**

**Ojciec dziecka:** Nazwa, adres, ubezpieczenie zdrowotne i obywatelstwo

Ojciec dziecka nie jest znany

## **9. Informacje na temat wjazdu i pobytu w Niemczech**

### **Kiedy wjechali Państwo na teren Niemiec?**

Od jak dawna przebywają Państwo w Hamburgu?

Gdzie przebywali Państwo przed przybyciem do Hamburga?

Z jakiego powodu przyjechali Państwo do Niemiec?

### Załącznik 1 - Wniosek o pokrycie kosztów

Czy przed Państwa wjazdem osoba trzecia złożyła do organu ds. cudzoziemców lub misji zagranicznej zgodne z **§ 68 ustawy o pobycie oświadczenie o zobowiązaniu**? Czy ktoś w Niemczech chciał zapewnić Państwu utrzymanie?

- Nie
- Tak - nazwa i adres podmiotu wystawiającego oświadczenie o zobowiązaniu:  
(o ile jest to możliwe, należy dołączyć kopię oświadczenia o zobowiązaniu)

**Czy po zakończeniu leczenia chcą Państwo wyjechać?**

- Nie, powód:
- Tak

**Informacja: Jeśli po zakończeniu leczenia chcą Państwo opuścić kraj, wyjazd zasadniczo musi nastąpić najpóźniej w ciągu miesiąca od zakończenia leczenia.**

#### **10. Informacje dotyczące małżonka lub partnera życiowego pacjenta:**

Brak małżonka bądź partnera życiowego

Nazwisko:

Imię (imiona):

Nazwisko rodowe:

Data urodzenia:

Miejsce urodzenia:

Płeć:

Obywatelstwo:

Bieżąca działalność zawodowa:

Stan cywilny:

Adres:  
(również do rąk)

ewentualnie Adres w kraju pochodzenia:

Telefon (informacja nieobowiązkowa):

ewentualnie Status pobytu:  
(proszę dołączyć kopię dowodu tożsamości)

#### **11. Informacje o dochodach małżonka lub partnera**

### Załącznik 1 - Wniosek o pokrycie kosztów

Czy Państwa **współmałżonek lub partner życiowy** albo (w przypadku pacjentów nieletnich) **rodzice** posiadają **dochody**?

Tak - w jakiej wysokości?: \_\_\_\_\_ euro/miesiąc

Są to dochody z tytułu:

- Zatrudnienie podlegające obowiązkowym składkom na ubezpieczenie społeczne
- zatrudnienie w niepełnym wymiarze (praca dorywcza)
- Własna działalność gospodarcza
- Otrzymywanie świadczeń socjalnych  
(Proszę załączyć dokumenty dowodowe)

Nie

Jeśli nie, koszty utrzymania pokrywane są z:

#### **12. Informacje o dzieciach pacjenta**

Dzieci  Tak  Nie

Jeżeli tak, proszę wypełnić tabelę:

	Dziecko 1	Dziecko 2	Dziecko 3
Nazwisko			
Imię (imiona)			
Nazwisko rodowe			
Data urodzenia			
Miejsce urodzenia			
Płeć			
Obywatelstwo			
Stan cywilny			
Adres (również do rąk)			
ewentualnie Adres w kraju pochodzenia			
Telefon (nieobowiązkowe)			
ewentualnie Status pobytu (proszę dołączyć kopię dowodu)			
szkoła, pod warunkiem, że realizowany jest obowiązek szkolny			



## Załącznik 1 - Wniosek o pokrycie kosztów

### Czy dziecko lub dzieci mają dochody?

Tak - w jakiej wysokości?: \_\_\_\_\_ euro/miesiąc

Są to dochody z tytułu:

- Zatrudnienie podlegające obowiązkowym składkom na ubezpieczenie społeczne
- zatrudnienie w niepełnym wymiarze (praca dorywcza)
- Własna działalność gospodarcza
- Otrzymywanie świadczeń socjalnych

**Jeżeli tak:** Czy rodzicom **przyznawane są alimenty** (np. świadczenia finansowe, mieszkanie)?

W jakiej wysokości?

### **13. Wsparcie ze strony innych podmiotów**

Czy zatrudnili Państwo **prawnika**? Jeżeli tak, w jakich dziedzinach reprezentuje on Państwa interesy? Czy przekazana została tam Państwa dokumentacja?

Nazwisko:

Adres:

Telefon/FAX/e-mail:

Czy otrzymują Państwo porady i wsparcie od **poradni (migracyjnej)**? Czy w przeszłości mieli Państwo kontakt z poradnią (migracyjną)? Czy przekazana została tam Państwa dokumentacja?

Nazwisko:

Adres:

Telefon/FAX/e-mail:

#### **Oświadczenie pacjenta:**

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.

Wyrażam zgodę na przekazywanie i przetwarzanie moich danych w celach księgowych do Hamburskiej Agencji Opieki Społecznej w ramach wniosku o pokrycie kosztów i w związku z tym zwalniam lekarza z obowiązku zachowania poufności.

Wnoszę o pokrycie kosztów leczenia przez instytucję opieki społecznej.

**Załącznik 1 - Wniosek o pokrycie kosztów**

Data, miejsce i podpis pacjenta