|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LogoNFZ_corel9 | **NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA** | **WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTU S1  OSOBIE CZASOWO PRZENOSZĄCEJ DZIAŁALNOŚĆ ZAWODOWĄ DO INNEGO PAŃSTWA UE/EFTA** |

# Uwaga: Formularz należy wypełnić w języku polskim, czytelnie, drukowanymi literami, bez skreśleń i poprawek, na maszynie, na komputerze lub odręcznie pismem trwałym, zgodnie z opisem pól.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. DANE OSOBY PRZENOSZĄCEJ DZIAŁALNOŚĆ ZAWODOWĄ** | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwisko** | | | | | | | **Imię (imiona)** | | | | | | |
| **PESEL** (jeżeli został nadany)  **…… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……** | | | | | | | **Dokument potwierdzający tożsamość**  **Seria …… Numer ……………………………………………** | | | | | | |
| **1.1** | **Adres w państwie UE/EFTA, do którego przenoszona jest działalność zawodowa:** | | | | | | | | | | | | | |
| Miejscowość | | | | | | Kod pocztowy | | | | | | Nr telefonu | | |
| Ulica | | | | | | | | | | | | Nr domu | Nr lokalu | |
| **1.2** | **Adres do korespondencji** (należy wypełnić, jeżeli inny niż w punkcie 1.1) | | | | | | | | | | | | | |
| Państwo | | | Miejscowość | | | | | | | | Kod pocztowy | | | |
| Ulica | | | | | Nr domu | | | Nr lokalu | | Nr telefonu | | | | |
| **2. STATUS OSOBY PRZENOSZĄCEJ DZIAŁALNOŚĆ ZAWODOWĄ (zaznaczyć właściwe)** | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 | * Pracownik najemny w Polsce oddelegowany do pracy w innym państwie UE/EFTA na okres równy lub dłuższy  niż 12 m-cy | | | | | | | | | | | | |
| 2.2 | * Osoba pracująca na własny rachunek przenosząca czasowo prowadzenie swojej działalności do innego państwa UE/EFTA na okres równy lub dłuższy niż 12 m-cy | | | | | | | | | | | | |
| 2.3 | * Osoba będąca w służbie zagranicznej oddelegowana do pracy w innym państwie UE/EFTA na okres równy lub dłuższy niż 12 m-cy | | | | | | | | | | | | |
| **3. DANE /ZAGRANICZNEJ KASY CHORYCH W MIEJSCU CZASOWEGO WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI ZAWODOWEJ** | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwa** | | | | | | | | | | | | | |
| **Państwo** | | | | **Miejscowość** | | | | | | | | | |
| **Adres** | | | | | | | | | | | | | |
| **4. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTU S1 (zaznaczyć właściwe)** | | | | | | | | | | | | | |
| * osobiście | | * za pośrednictwem osoby upoważnionej | | | | | | | * pocztą na adres wskazany w pkt. … | | | | |

Oświadczam, że nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu w innym państwie UE albo EFTA.

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej na podstawie art. 233 § 1 Kodeksu karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Oświadczam, że zostałem poinformowany/-a, o obowiązku, o którym mowa art. 3 ust. 2 rozporządzenia Rady i PE (WE) nr 987/2009 z dn. 16.09.2009 r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, przekazywania ………………… Oddziałowi Wojewódzkiemu NFZ informacji, dokumentów lub dowodów potwierdzających, niezbędnych dla ustalenia mojej sytuacji ubezpieczeniowej.

|  |  |
| --- | --- |
| ............................................……..…….... | ................................................................................................ |
| Data wypełnienia wniosku (dd / mm / rrrr) | Czytelny podpis Wnioskodawcy lub opiekuna prawnego Wnioskodawcy |

|  |  |
| --- | --- |
| **POTWIERDZAM ODBIÓR DOKUMENTU S1**  Wypełnia się w przypadku odbioru osobistego | …… / …… / ………… (dd/mm/rrrr)  ………………………..… (czytelny podpis osoby upoważnionej) |

|  |
| --- |
| WAŻNE INFORMACJE |

**Dokument S1 REJESTRACJA W CELU OBJĘCIA OPIEKĄ ZDROWOTNĄ** wydawany jest osobom czasowo przenoszącym wykonywanie działalności zawodowej do innego państwa **UE**: do Austrii, Belgi, Bułgarii, Chorwacji, na Cypr, do Czech, Danii, Estonii, Finlandii, Francji, Grecji, Hiszpanii, Holandii, Irlandii, na Litwę, do Luksemburga, na Łotwę, Maltę, do Niemiec, Portugalii, Rumunii, Słowacji, Słowenii, Szwecji, na Węgry, do Wielkiej Brytanii i do Włochoraz w innym państwie **EFTA:** Islandii, Lichtensteinie, Norwegii i Szwajcarii, które łącznie spełniają następujące warunki:

* podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu w NFZ,
* co do których fakt czasowego przeniesienia wykonywania działalności zawodowej do innego państwa UE/EFTA nie skutkuje utratą prawa do pozostawania w polskim systemie zabezpieczenia społecznego.

|  |
| --- |
| Z **WNIOSKIEM O WYDANIE DOKUMENTU S1 OSOBIE CZASOWO PRZENOSZĄCEJ DZIAŁALNOŚĆ ZAWODOWĄ DO INNEGO PAŃSTWA UE/EFTA W INNYM PAŃSTWIE UE/EFTA** w szczególności wystąpić może: |
| 1. **Pracownik oddelegowany do wykonywania na terenie innego państwa UE/EFTA pracy najemnej na rzecz polskiego pracodawcy; do grupy tej należą m.in. osoby posiadające status urzędnika służby cywilnej lub funkcjonariusza państwowego,**   oraz   1. **Osoba pracująca na własny rachunek, która czasowo przenosi prowadzenie swojej działalności do innego państwa UE/EFTA na okres równy lub dłuższy niż 12 m-cy**   Do wniosku należy załączyćwydany przez ZUS dokument A1 wydany na okres równy lub dłuższy 12 miesięcy |
| 1. **Osoba będąca w służbie zagranicznej, w tym członkowie korpusu dyplomatycznego lub korpusu konsularnego, oddelegowana do pracy w innym państwie UE/EFTA na okres równy lub dłuższy niż 12 m-cy,**   Do wniosku należy załączyć zaświadczenie wystawione przez jednostkę delegującą zawierające informację, że do osoby tej zastosowanie mają Konwencje wiedeńskie o stosunkach dyplomatycznych lub konsularnych, w którym przewidywany okres oddelegowania jest równy lub dłuższy niż 12 miesięcy |

**UWAGA! Dokumentu S1 nie wystawia się członkom rodziny, którzy towarzyszą przez okres oddelegowania osobie ubezpieczonej w państwie UE/EFTA, do którego czasowo przenosi ona działalność zawodową.** W celu zabezpieczenia przebywającym w tym samym państwie UE/EFTA członkom rodziny dokument S1 należy przedłożyć w wybranej instytucji ubezpieczeniowej w państwie UE/EFTA celem zarejestrowania w tej instytucji osoby uprawnionej do uzyskania dokumentu S1 oraz przebywających wraz z nią w tym samym państwie członków jej rodziny. W razie problemów z zarejestrowaniem w instytucji miejsca zamieszkania członka rodziny z tego powodu, że nie posiada on dokumentu S1 wydanego na niego imiennie, należy niezwłocznie skontaktować się z Oddziałem Wojewódzkim NFZ, który wydał dokument S1 dla osoby ubezpieczonej.

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUKCJA WYPEŁNIENIA WNIOSKU** | |
| Punkt 1 | Należy wpisać dane pracownika oddelegowanego albo osoby pracującej na własny rachunek, któremu/-ej ma być wydany dokument S1 |
| Punkt 1.1 | Należy wpisać adres w państwie UE/EFTA, do którego przenoszona jest działalność zawodowa |
| Punkt 1.2 | Należy uzupełnić, jeżeli adres do korespondencji jest inny niż adres wskazany w punkcie 1.1 |
| Punkt 2 | Należy zaznaczyć odpowiedni kwadrat zgodnie z poniższym opisem: |
| Punkt 2.1 | Dotyczy w szczególności:  - osoby, która posiada status pracownika najemnego w Polsce oddelegowanej do wykonywania w innym państwie UE/EFTA pracy najemnej na rzecz polskiego pracodawcy przez okres równy lub dłuższy niż 12 miesięcy,  - urzędników lub funkcjonariuszy następujących urzędów i służb: ABW, AW, BBN, BOR, Służby Więziennej, Państwowej Straży Pożarnej, Policji, Służby Celnej, Straży Granicznej, sędzia, prokurator, żołnierz zawodowy, |
| Punkt 2.2 | Dotyczy osoby pracującej na własny rachunek w Polsce, która przenosi czasowo prowadzenie swojej działalności do innego państwa UE/EFTA na okres równy lub dłuższy niż 12 m-cy |
| Punkt 2.3 | Dotyczy osoby w służbie zagranicznej, w tym członka korpusu dyplomatycznego lub konsularnego oddelegowana do pracy w innym państwie UE/EFTA na okres równy lub dłuższy niż 12 m-cy |
| Punkt 3 | Należy wpisać nazwę i adres instytucji ubezpieczenia zdrowotnego, tzn. kasy chorych w państwie, do którego przenoszona jest działalność zawodowa, w której zostanie zarejestrowany dokument S1 |
| Punkt 4 | Należy wskazać preferowany sposób odbioru dokumentu S1 poprzez zaznaczenie właściwego kwadratu.  W przypadku wyboru opcji „za pośrednictwem osoby upoważnionej” – przy odbiorze dokumentu S1 osoba upoważniona powinna okazać upoważnienie zawierające serię i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość (zawierającego zdjęcie) osoby upoważnionej oraz podpis osoby zamieszkałej w innym państwie UE/EFTA lub jej przedstawiciela ustawowego |
| Punkt 5 | Jest wypełniany przy osobistym odbiorze dokumentu S1 |

**UWAGA!**

**Wnioski, w których nie zostanie wpisana data wypełnienia oraz bez podpisu nie będą rozpatrywane!**