

Ogólny Informator o Programie "Gminny Program Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego dla mieszkańców Krakowa"

Ogólne założenia Programu.

1. Program skierowany jest wyłącznie do osób (par) zamieszkałych na terenie Gminy Miejskiej Kraków.
2. W 2022 r. Program ma objąć co najmniej 200 par. Środki finansowe przeznaczone na rok 2022 to 1 000 000 zł.
3. Para ma swobodę wyboru realizatora; Parens Centrum Leczenia Niepłodności jest jednym z 15 realizatorów.
4. Jedna para pacjentów może otrzymać dofinansowanie do jednego cyklu leczenia
5. Gmina Miejska Kraków nie przydziela żadnemu realizatorowi minimalnych środków.
6. Ostateczną kwalifikację par do Programu przeprowadza Gmina wg kolejności składania wniosków.
7. Realizator otrzymuje potwierdzenie dostępności środków finansowych dla zakwalifikowanej pary.
8. Nabór wniosków o udział w Programie ma się rozpocząć w jednolitym dla wszystkich Realizatorów terminie, określonym przez Gminę.
9. Złożenie wniosku o udział w Programie nie gwarantuje uzyskania dofinansowania.
10. Wszystkie procedury objęte dofinansowaniem muszą zakończyć się do 31 grudnia 2022 r.

Realizacja Programu w Centrum Parens.

1. Etap formalny - u Realizatora

- zapoznanie się z opisem Programu i wymogami formalnymi
- złożenie wniosku przez parę oraz podpisanie wszelkich wymaganych klauzul
- weryfikacja poprawności wniosku oraz wymogów formalnych przystąpienia do Programu
- nadanie wnioskowi kolejnego numeru (wg kolejności zgłoszeń)

Ważne. Złożenie poprawnego wniosku nie gwarantuje przydzielenia środków finansowych.

2. Etap medyczny - u Realizatora

- weryfikacja zgromadzonej dokumentacji medycznej
- ocena historii choroby i leczenia pary w kontekście wymogów podstawowych korzystania z metod wspomaganego rozrodu
- ocena historii choroby i leczenia pary w kontekście wymogów Programu
- kwalifikacja medyczna do Programu

Ważne. Pozytywna kwalifikacja medyczna nie gwarantuje przydzielenia środków finansowych

3. Złożenie wniosku do Gminy Kraków

Pozytywnie zweryfikowany wniosek oraz kwalifikacja medyczna są podstawą do złożenia wniosku o dofinansowanie dla pary.

Wniosek o dofinansowanie składa w Gminie Kraków Realizator.

Gmina Kraków przydziela środki finansowe wg kolejności składanych mailowo wniosków- decyduje data i godzina.

Informację o przydziale środków Gmina Kraków przesyła do Realizatora oraz do zainteresowanej par, nie później niż w trzecim dniu roboczym, po dniu złożenia wniosku o dofinansowanie.

Przydzielone dofinansowanie stanowi potwierdzenie kwalifikacji pary do Programu.

Od tego momentu Centrum Parens realizuje świadczenia opisane w Programie zgodnie z zakresem i cenami uzgodnionymi z Gminą Kraków.



4. Finansowanie świadczeń udzielanych w Centrum Parens.

Para ponosi koszty świadczeń zgodnie z cennikiem, który stanowi załącznik do Wniosku o przystąpienie do Programu.

Dofinansowanie do procedur objętych Programem ustalono w Centrum Parens następująco:

- do procedury zapłodnienia pozaustrojowego

1700 zł opłata za wykonanie procedury pobrania komórek jajowych +

3300 zł opłata częściowa za wykonanie procedur biotechnologicznych zapłodnienia pozaustrojowego

- do procedury adopcji zarodka

2500 zł opłata częściowa za wykonanie części biotechnologicznej programu adopcji zarodka

Wszystkie pozostałe koszty leczenia ponosi para.

W przypadku zakończenia leczenia z powodów medycznych, określonych przez lekarza, para może wnioskować o sfinansowanie innych, niż wyżej wymienione, świadczeń wchodzących w zakres planowanych interwencji Programu (Ustęp III.3. Programu)

W przypadku zakończenia leczenia z przyczyn innych, niż medyczne, parze nie przysługuje żadne dofinansowanie.

5. Wszelkie pytania prosimy kierować drogą mailową:

adres: info@parens.pl

Temat: Program Gmina Kraków

Dołożymy wszelkich starań, aby odpowiedzieć na wszystkie Państwa pytania i wątpliwości.



WNIOSEK O UDZIAŁ W PROGRAMIE

WNIOSEK NR	Osoba przyjmująca WNIOSEK
DATA WPŁYWU	
Data, pieczętka i podpis	

WNIOSKUJĄCY

PACJENTKA										PACJENT									
Imię										Imię									
Nazwisko										Nazwisko									
Data urodzenia										Data urodzenia									
PESEL										PESEL									
Dokument tożsamości (Seria, numer, kraj wydania)*										Dokument tożsamości (Seria, numer, kraj wydania)*									
*) uzupełnić tylko w przypadku braku numeru PESEL																			
Nr telefonu do kontaktu										Nr telefonu do kontaktu									
Adres (y) e-mail:																			

Oświadczenia o miejscu zamieszkania

Ja niżej podpisana oświadczam, że: 1. mieszkam na terenie gminy miejskiej Kraków w rozumieniu Kodeksu cywilnego tj. Art. 25. Miejsce zamieszkania osoby fizycznej Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu. Art. 28. Zasada jednego miejsca zamieszkania Można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania. 2. Otrzymałam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisami i datą.	Ja niżej podpisany oświadczam, że: 1. mieszkam na terenie gminy miejskiej Kraków w rozumieniu Kodeksu cywilnego tj. Art. 25. Miejsce zamieszkania osoby fizycznej Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu. Art. 28. Zasada jednego miejsca zamieszkania Można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania. 2. Otrzymałem kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisami i datą.
Adres zamieszkania: 	Adres zamieszkania:
Data i podpis (pacjentka)	Data i podpis (pacjent)

Świadoma zgoda na udział w Programie

Ja niżej podpisana/-y oświadczam, że uzyskałam/-łem wyczerpujące informacje dotyczące programu: "Gminny Program Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego dla mieszkańców Krakowa"

oraz że

- zapoznałam/-łem się z Programem, zasadami jego finansowania, w tym, że Program jest finansowany ze środków Gminy Miejskiej Kraków; otrzymałam/-łem kopię Opisu Programu i w pełni akceptuję jego założenia
- otrzymałam/-łem Ogólny Informator o Programie
- otrzymałam/-łem kopię cennika świadczeń oraz warunki realizacji dofinansowania
- otrzymałam/-łem satysfakcjonujące i wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie zadane pytania
- otrzymałam/-łem informacje, iż w szczególności:
 1. Gmina dofinansowuje parom jedną zindywidualizowaną procedurę medycznie wspomaganej prokreacji
 2. Warunkiem niezbędnym do wypłaty dofinansowania jest przeprowadzenie co najmniej wymienionych w Programie interwencji (w zależności od rodzaju procedury i sytuacji klinicznej pary)

3. Dofinansowanie do procedur objętych Programem ustalono w Centrum Parens następująco:

- do procedury zapłodnienia pozaustrojowego

1700 zł opłata za wykonanie procedury pobrania komórek jajowych +

3300 zł opłata częściowa za wykonanie procedur biotechnologicznych zapłodnienia pozaustrojowego

- do procedury adopcji zarodka

2500 zł opłata częściowa za wykonanie części biotechnologicznej programu adopcji zarodka

Wszystkie pozostałe koszty leczenia ponosi para.

W przypadku zakończenia leczenia z powodów medycznych określonych przez lekarza lub obiektywnych i niezależnych od pary, para może wnioskować o sfinansowanie innych, niż wyżej wymienione (pkt. 3), świadczeń wchodzących w zakres planowanych interwencji Programu (opis w Ustępie III.3. Programu)

4. Mam prawo do rezygnacji z uczestnictwa w Programie, na każdym etapie jego realizacji
5. W przypadku rezygnacji z Programu z powodu przyczyn innych, niż medyczne lub obiektywne i niezależne od pary, koszty leczenia nie będą kosztami finansowanymi przez Gminę i nie będę wnosić w tym zakresie żadnych roszczeń względem Gminy i Realizatora
6. Jestem zobowiązana/ -y do informowania Realizatora o wynikach leczenia , w tym o powodzeniu leczenia, przebiegu ciąży i porodu oraz o sytuacji zdrowotnej dziecka po narodzinach
7. Kriokonserwacja komórek rozrodczych i zarodków oraz ich przechowywanie nie są kosztami finansowanymi przez Gminę.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w Programie i jestem świadoma/-y faktu, że :

1. w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części, bez podania przyczyny, na zasadach finansowych określonych w Programie; otrzymałam/-łem formularz rezygnacji
2. jestem zobowiązana/-y do pokrycia kosztów kriokonserwacji i przechowywania komórek rozrodczych i zarodków
3. jestem zobowiązana/-y do informowania Realizatora o wynikach leczenia i zdrowiu dziecka

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji Programu zgodnie z obowiązującym prawem.

Wyrażam zgodę na przekazanie (przez Realizatora) Gminie Kraków danych dotyczących udziału w Programie, w tym w szczególności następujących:

data rozpatrzenia wniosku, adres e-mail, numer PESEL, adres zamieszkania, potwierdzenie spełnienia wymagań Programu,



informacja o wyrażeniu zgody na pokrycie kosztów kriokonserwacji i przechowywania materiału biologicznego, informacja o rodzaju procedury, do której para została zakwalifikowana, wykaz świadczeń wykonanych na rzecz pary, ich koszty i sposoby finansowania, leczenie przeprowadzone w ramach Programu (postępowanie, powikłania, rezultaty, niepowodzenia) ankieta badania poziomu satysfakcji.

Wyrażam zgodę na kontakt przez podmiot realizujący Program oraz przez upoważnionych pracowników Gminy Miejskiej Kraków poprzez następujące kanały kontaktu*):

Numer/-y telefonu (telefonów):

Adres e-mail:

Otrzymałam/-em kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisami i datą.

*) Odmowa wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych (w tym numeru telefonu i adresu e-mail) jest równoznaczna z brakiem możliwości uczestnictwa w Programie.

Data i podpis (pacjentka)	Data i podpis (pacjent)
	Osoba przyjmująca Formularz świadomej zgody Data, pieczęć i podpis

Oświadczenie o rezygnacji z dalszego udziału w Programie

Rezygnacja z dalszego udziału w "Gminny Program Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego dla mieszkańców Krakowa".

.....
Imię i nazwisko pacjentki

.....
Imię i nazwisko pacjenta

Ja niżej podpisana/-y oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału w Programie: "Gminny Program Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego dla mieszkańców Krakowa"

Powodem rezygnacji jest*:

.....

.....

.....

.....

*Wskazanie powodu rezygnacji nie jest obowiązkowe

Data i podpis (pacjentka)	Data i podpis (pacjent)
	Osoba przyjmująca Oświadczenie o rezygnacji Data, pieczętka i podpis

