

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ PŘÍSPĚVKU ze dne

ŽADATEL – POJIŠTĚNEC VZP ČR

Jméno

Příjmení

Trvalé bydliště

Tel./e-mail

Číslo pojištění

Pokud jste zákonný zástupce, uveďte jméno a číslo pojištění – dítěte

Jméno, příjmení

Číslo pojištění

Člen Klubu pevného zdraví, uveďte číslo klubové karty

Bezpríspevkový dárcce krve nebo kostní dřeně

ano ne

Výčet příložených dokladů :

- doklad o zaplacení
- fotokopie očkovacího průkazu nebo dokladu o očkování (pořídí VZP)
- fotokopii dokladu o dárcovství krve nebo kostní dřeně
- kopie těhotenského průkazu
- ostatní

PODPORA V MATEŘSTVÍ

- Kurz cvičení nebo plavání těhotných
- Kurz profylaxe
- Kurz plavání nebo cvičení s dětmi do 3 let věku

Příspěvek lze využít pouze na jednu z výše uvedených uvedených aktivit.

OČKOVÁNÍ

Proti karcinomu děložního hrdla (*výplata příspěvku není vázána na ostatní typy očkování*)

- Proti příušnicím Proti hepatitidě
- Proti chřipce Proti meningokoku
- Proti pneumokokovým nákazám
- Proti klíšťové encefalitidě:
 - základní očkování
 - přeočkování

Příspěvek lze využít na jedno z výše uvedených očkování.

OZDRAVNÉ POBYTY

- Na tuzemský ozdravný nebo zotavovací pobyt do výše 1.000 Kč - ostatní děti
- Na tuzemský nebo zahraniční ozdravný nebo zotavovací pobyt do výše 5.000 Kč
 - pro děti s mentálním onemocněním
 - pro děti s onkologickým onemocněním v remisi
 - pro děti s vybraným chronickým onemocněním
 - pro dospělé s onkol. onemocněním s lymfedémem
- Na tuzemský ozdravný pobyt pro mnohonásobné dárcce krve nebo kostní dřeně

DALŠÍ PŘÍSPĚVKY

- Na úhradu fixního ortodontického aparátu
- Na bezlepkovou dietu
- Projekt snižování nadváhy a obezity
 - pro děti do 15 let
 - pro pojištěnce nad 15 let
- Léčba závislosti na tabáku
 - pro pojištěnce nad 18 let
 - pro těhotné ženy
- Ochranná sportovní přilba nebo libovolné sportovní chrániče
- Přijďte včas - pilotní projekt pro Jihomoravský kraj

ŽÁDÁM O PROPLACENÍ příspěvku ve výši (do maximálního limitu): Kč

Bankovním převodem na účet číslo: kód banky

Složenkou na adresu (*vyplňuje se pouze v případě, že adresa se liší od adresy trvalého bydliště*)

Hotovostně

ČESTNĚ PROHLAŠUJI, že uvedené údaje jsou správné, jsem - nejsem (nehodící se škrtněte) pojištěncem VZP ČR, nemám dluhy na pojistném u VZP ČR, v případě pojištění u VZP ČR se současně nehlásím k jiné zdravotní pojišťovně, v případě poskytnutí příspěvku na tuzemský nebo zahraniční ozdravný pobyt se dítě nezúčastnilo nebo nezúčastní akce „Mořský koník“ organizované VZP ČR. Pokud se však dítě jmenované akce „Mořský koník“ zúčastní, zavazuji se, že ve lhůtě stanovené VZP ČR finanční příspěvek na tuzemský nebo zahraniční ozdravný pobyt vrátím.

V dne Podpis:

Vyplňuje územní pracoviště VZP ČR:

PROPLACENÍ PŘÍSPĚVKU

Kontrola bezdlužnosti a pojištění u VZP ČR

Datum a podpis pověřeného pracovníka ÚP/KP

Kontrola dat v programu NAEP - výše nároku na požadovaný příspěvek Kč

Datum a podpis pověřeného pracovníka ÚP/KP

Vyjádření OZP ke splnění podmínek pro poskytnutí příspěvku:

(ověření smluvního vztahu, kontrola aplikované očkovací látky a medicínsky sporné případy)

ANO

NE

Datum a podpis pověřeného pracovníka OZP ÚP/KP

Záznam o provedení předběžné řídicí kontroly před uskutečněním operace

Příkazce operace (OPSK): Hlavní účetní:

Dne: Dne:

Předání a převzetí žádosti v rámci ÚP VZP ČR:

Předal:	Dne:	Převzal:	Dne: