

## **REGULAMIN REFINANSOWANIA KOSZTÓW ZWIĄZANYCH Z LECZENIEM**

1. Definicje pojęć użytych w Regulaminie:
  - a. Regulamin – Regulamin refinansowania kosztów związanych z leczeniem;
  - b. Beneficjent – osoba, która występuje do Fundacji z wnioskiem o zrefinansowanie kosztów związanych z leczeniem, spełniająca kryteria podmiotowe wymienione w pkt 12;
  - c. Dowód poniesionych kosztów – bilet lub imienna faktura/rachunek wystawiony na beneficjenta z opisem usługi lub wyszczególnieniem nazwy towaru;
  - d. Fundacja - Fundacja „Gwiazda Nadziei”, z siedzibą w Katowicach, ul. H. Dąbrowskiego 22, 40-032 Katowice, wpisana do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz publicznych zakładów opieki zdrowotnej, prowadzonego przez Sąd Rejonowy Katowice-Wschód pod numerem KRS 0000298237.
  
2. Regulamin określa:
  - a. ogólne zasady refinansowania kosztów związanych z leczeniem,
  - b. zakres refinansowanych kosztów,
  - c. kryteria podmiotowe (komu może być przyznana pomoc),
  - d. kryteria dochodowe (wysokość udzielanej pomocy w zależności od wysokości dochodu na członka rodziny)
  - e. konsekwencje podatkowe dla Beneficjenta
  
3. Ogólne zasady refinansowania kosztów związanych z leczeniem:
  - a. Fundacja, w ramach świadczonej pomocy społecznej, na wniosek Beneficjenta, w miarę możliwości Fundacji, udziela mu wsparcia finansowego w postaci finansowania lub zwrotu kosztów poniesionych przez Beneficjenta i związanych z leczeniem.
  - b. Zrefinansowanie kosztów związanych z leczeniem następuje po przedstawieniu Fundacji oryginału dowodu poniesionych kosztów.
  - c. Do wniosku o zrefinansowanie kosztów związanych z leczeniem, którego wzór stanowi załącznik do Regulaminu należy załączyć:
    - oryginał dowodu poniesionych kosztów, o którym mowa w pkt. b.;
    - oświadczenie o wysokości średniego miesięcznego dochodu na członka gospodarstwa domowego beneficjenta z ostatnich 6-ciu miesięcy;
    - kserokopia recepty lub zaświadczenie, w którym lekarz stwierdza, iż stosowanie danego produktu, podlegającego refinansowaniu na mocy Regulaminu albo przeprowadzenie badania diagnostycznego objętego wnioskiem o refinansowanie, jest w przypadku konkretnego pacjenta wskazane lub zalecane.
  - d. Fundacja refinansuje koszty związane z leczeniem poniesione nie wcześniej niż na 3 miesiące przed złożeniem wniosku do Fundacji lub nadaniem wniosku wraz z załącznikami w placówce pocztowej operatora publicznego w przypadku złożenia wniosku za pośrednictwem poczty.
  - e. Fundacja zastrzega sobie prawo żądania przedstawienia dodatkowych dokumentów, w sytuacji gdy przedstawiona dokumentacja nie będzie stanowiła wystarczającej podstawy do stwierdzenia konieczności udzielenia pomocy Beneficjentowi.
  - f. Fundacja zastrzega sobie prawo odmowy zrefinansowania kosztów związanych z leczeniem w szczególnie uzasadnionych przypadkach, pomimo spełnienia wszystkich określonych w Regulaminie kryteriów podmiotowych i przedmiotowych.
  - g. Finansowanie kosztów związanych z leczeniem następuje po rozpatrzeniu i akceptacji przez Zarząd Fundacji pisemnego wniosku o sfinansowanie.
  - h. Wniosek o sfinansowanie winien zawierać załączniki wymienione w pkt. 3 lit. c.
  
4. Zakres refinansowanych kosztów
  - a. Maksymalna wysokość kosztów, o których refinansowanie może ubiegać się Beneficjent wynosi 450 zł brutto w danym roku kalendarzowym.

- b. Beneficjent może wnioskować o refundację kosztów związanych z leczeniem składając kilka wniosków, jednakże suma refundowanej kwoty w trakcie roku kalendarzowego nie powinna przekroczyć kwoty wymienionej w pkt. 4 lit. a.
5. Limit kwotowy wymieniony w pkt 4 lit. a niniejszego regulaminu nie ma zastosowania w przypadku pomocy udzielonej beneficjentowi w ramach kwot zebranych przez Fundację lub przekazanych Fundacji na leczenie konkretnego Beneficjenta
  - a. w trakcie zbiórki publicznej,
  - b. w postaci darowizn,
  - c. w postaci przekazanego 1% podatku dochodowego od osób fizycznych.
6. W przypadku pozyskania przez Fundację środków finansowych na wsparcie chorych z konkretnym schorzeniem Fundacja może wprowadzić dla tej grupy chorych Uchwałą Zarządu odmienne limity rocznego wsparcia, o którym mowa w pkt 4 lit. a.
7. Fundacja refunduje, na zasadach określonych w Regulaminie, wyłącznie koszty:
  - a. badań diagnostycznych,
  - b. produktów leczniczych,
  - c. szczepionek,
  - d. pobytu opiekunów prawnych nieletniego Beneficjenta w przyszpitalnym hotelu na czas pobytu Beneficjenta w placówce medycznej,
  - e. zabiegów medycznych,
  - f. konsultacji medycznych,
  - g. przejazdu osób chorych, w razie potrzeby wraz z opiekunami, w tym między innymi: kosztów paliwa, opłat parkingowych, biletów komunikacji publicznej (PKP 2 klasy) do placówek opieki medycznej w celu leczenia bądź przeprowadzenia badań kontrolnych.
8. Za wcześniejszą zgodą Fundacji i tylko w przypadku wyraźnych wskazań lekarskich np. w przypadku osób obłożnie chorych, wymagających specjalnej pielęgnacji, Fundacja refunduje koszt:
  - a. środków pielęgnacyjnych i opatrunkowych (w tym: lecznicze kremy, płyny, pasty, mydła, itp.),
  - b. odżywek wspomagających leczenie i rekonwalescencję,
  - c. witamin,
  - d. pampersów, mat i podkładów,
  - e. łóżek i materacy,
  - f. składników diety niezbędnej do stosowania w celu poprawy bądź utrzymania aktualnego stanu zdrowia,
  - g. zabiegów rehabilitacyjnych i kuracji, w tym również kosztów pobytu i podróży do placówek wykonujących wyżej wymienione zabiegi i kuracje (wyłącznie ze środków zebranych ze wskazaniem na konkretnego podopiecznego, po wcześniejszym uzgodnieniu limitu kosztów),
  - h. zakupu, konserwacji i naprawy sprzętu rehabilitacyjnego i medycznego,
  - i. zapewnienia specjalnej opieki i pielęgnacji w okresie rekonwalescencji po operacji/zabiegu.
9. Wnioski o refundację kosztów podróży Fundacja rozpatruje pod warunkiem dołączenia dowodu odbycia konsultacji medycznej bądź dowodu pobytu w placówce medycznej np. w postaci zaświadczenia, wypisu, karty konsultacyjnej.
10. Podstawą refundacji kosztów podróży komunikacją publiczną są bilety.
11. Warunkiem uzyskania refundacji wydatków związanych z podróżą samochodem do placówki medycznej jest wypełnienie i podpisanie stosownego wniosku, stanowiącego załącznik do niniejszego regulaminu. Refundacja kosztów podróży samochodem do placówki medycznej wynosi 0,35zł/km.
12. Kryteria podmiotowe (komu może być przyznana pomoc)

- a. Beneficjentem może być osoba, u której zdiagnozowano chorobę wątroby, a w szczególnych przypadkach - za zgodą Zarządu Fundacji - także osoby cierpiące na inne schorzenie.
- b. W imieniu Beneficjenta nieposiadającego pełnej zdolności do czynności prawnych (który nie przekroczył osiemnastego roku życia) może wystąpić wyłącznie jego opiekun prawny.
- c. Warunkiem zrefinansowania przez Fundację kosztów związanych z leczeniem jest sytuacja finansowa Beneficjenta, uniemożliwiająca mu pokrycie kosztów związanych z leczeniem ze środków własnych.
- d. Maksymalny dochód na osobę w rodzinie z ostatnich 6-ciu miesięcy nie może przekroczyć kwoty 700,00 zł netto.
- e. W szczególnie uzasadnionych przypadkach na pisemną prośbę Beneficjenta, Zarząd Fundacji może podjąć decyzję o:
  - zrefinansowaniu kosztów związanych z leczeniem, które nie zostały wymienione w pkt 7 i 8,
  - zrefinansowaniu kosztów związanych z leczeniem beneficjenta, którego dochód przekracza kwotę określoną w pkt 12 lit. d.

### 13. Konsekwencje podatkowe dla Beneficjenta

Uzyskanie refinansowania kosztów związanych z leczeniem może, na podstawie ustawy z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. , poz. 86), wiązać się z opodatkowaniem po stronie Beneficjenta podatkiem od darowizn. Refinansowanie może podlegać opodatkowaniu w przypadku, gdy jego kwota wraz z łączną kwotą refinansowania uzyskanego od Fundacji w okresie ostatnich 5 lat przekroczy kwotę 4902 zł. Otrzymana kwota podlega opodatkowaniu według skali podatkowej 12%-16%-20% (opodatkowaniu podlega nadwyżka ponad kwotę 4902 zł).

### 14. Inne postanowienia

- a. Fundacja zastrzega sobie prawo odmowy zrefinansowania kosztów związanych z leczeniem z uwagi na brak wystarczających środków finansowanych.
- b. Fundacja pokrywa należności wynikające z wystawionej faktury wyłącznie do kwoty wcześniej uzgodnionej z Beneficjentem.
- c. Żadne z postanowień Regulaminu nie może stanowić podstawy roszczenia wobec Fundacji.
- d. Regulamin obowiązuje od dnia 01.03.2015 r. i może ulec zmianie w dowolnym czasie.
- e. Fundacja nie ponosi odpowiedzialności z tytułu niewłaściwego stosowania produktów objętych refinansowaniem.

### Załącznik:

1. Wniosek o refinansowanie kosztów leczenia
2. Wniosek o refinansowanie kosztów dojazdu do placówki medycznej

ZAŁĄCZNIK nr 1 - wzór wniosku

....., dnia .....

Do Zarządu Fundacji „Gwiazda Nadziei”  
z siedzibą w Katowicach  
ul. Dąbrowskiego 22

**WNIOSEK O REFINANSOWANIE**

Ja, ..... zamieszkały/a w .....,  
przy ul. .... zwracam się z prośbą o zrefinansowanie kosztów  
związanych z leczeniem (imię i nazwisko chorego) .....

Wykaz dołączonych faktur:

1. nr fa .....	data fa .....	kwota .....	zł	rodzaj zakupu .....
2. nr fa .....	data fa .....	kwota .....	zł	rodzaj zakupu .....
3. nr fa .....	data fa .....	kwota .....	zł	rodzaj zakupu .....
4. nr fa .....	data fa .....	kwota .....	zł	rodzaj zakupu .....
5. nr fa .....	data fa .....	kwota .....	zł	rodzaj zakupu .....

Co daje sumaryczną kwotę: ..... zł

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych dotyczących mojego stanu zdrowia w zakresie dokumentacji przekazanej przeze mnie Fundacji w celu związanym z udzieleniem mi pomocy finansowej w ramach wniosku o zrefinansowanie kosztów leczenia (zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku, tekst jednolity: Dz. U. z 2014 r. poz. 1182) Administratorem danych osobowych jest Fundacja „Gwiazda Nadziei” z siedzibą w Katowicach, ul. Dąbrowskiego 22. Jestem świadomy, iż przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Niniejsze przekazanie danych osobowych jest dobrowolne.

\_\_\_\_\_  
[podpis]

**Akceptacja Zarządu Fundacji** (wypełnia Fundacja)

refundacja w kwocie .....zł

źródło finansowania .....

.....  
data i podpis akceptujących

.....  
data przelewu

....., dnia .....

Do Zarządu Fundacji „Gwiazda Nadziei”  
z siedzibą w Katowicach  
ul. H. Dąbrowskiego 22

**WNIOSEK O REFINANSOWANIE KOSZTÓW PODRÓŻY DO PLACÓWKI MEDYCZNEJ**

Ja, ..... zamieszkały/a w .....,  
przy ul. .... zwracam się z prośbą o zrefinansowanie kosztów podróży  
do placówki medycznej, związanej z leczeniem (imię i nazwisko chorego oraz nazwa leczonego  
schorzenia) .....

1. Termin podróży od dnia ..... do dnia .....
2. Cel podróży (nazwa i adres placówki) .....
3. Koszt przejazdu środkami komunikacji publicznej (wynikający z dołączonych biletów lub paragonów) .....
4. Koszt przejazdu samochodem: ilość przejechanych km ..... x 0,35 zł/km = .....
5. Razem koszt przejazdu (suma pozycji 3 + 4) .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych dotyczących mojego stanu zdrowia w zakresie dokumentacji przekazanej przeze mnie Fundacji w celu związanym z udzieleniem mi pomocy finansowej w ramach wniosku o zrefinansowanie kosztów leczenia (zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku, tekst jednolity: Dz. U. z 2014 r. poz. 1182.). Administratorem danych osobowych jest Fundacja „Gwiazda Nadziei” z siedzibą w Katowicach, ul. Dąbrowskiego 22. Jestem świadomy, iż przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Niniejsze przekazanie danych osobowych jest dobrowolne.

Niniejszym oświadczam, że podane informacje są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń (art. 297 kk).

**Czytelny podpis wnioskodawcy**

Wymagane załączniki do wniosku :

1. Dokument poświadczający pobyt w placówce medycznej (np. kserokopia wypisu szpitalnego, oryginał zaświadczenia o odbyciu konsultacji).
2. Bilety komunikacji publicznej lub paragony dokumentujące zakup biletów (w przypadku przejazdu środkami komunikacji publicznej).

Brak któregośkolwiek z wymaganych załączników spowoduje, iż wniosek o refundację kosztów podróży do placówki medycznej pozostanie rozpatrzony negatywnie.

Fundacja zastrzega sobie prawo do częściowego dofinansowania kosztów przejazdu

**Akceptacja Zarządu Fundacji** (wypełnia Fundacja)

refundacja w kwocie .....zł

źródło finansowania .....

.....  
data i podpis akceptujących

.....  
data przelewu