

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 kwociezł

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 kwociezł

źródło finansowania

.....
data i podpis akceptujących

.....
data przelewu