

## Formularz wniosku o zwrot kosztów (YPPF1) z Funduszu Rodzinnego dla Młodych Pacjentów (YPPF): Koszty podróży, utrzymania i/lub zakwaterowania dla rodzin z niemowlętami, dziećmi i młodzieżą poniżej 18 roku życia przebywającymi w placówkach opieki stacjonarnej

Fundusz Rodzinny dla Młodych Pacjentów jest funduszem rządu szkockiego przeznaczonym na pomoc rodzicom/głównym opiekunom oraz towarzyszącemu rodzeństwu w wieku poniżej 18 lat w pokryciu kosztów związanych z odwiedzinami w szpitalu młodego pacjenta w wieku poniżej 18 lat.

### O zwrot jakich kosztów można się ubiegać

- **Transport** – koszty transportu publicznego powinny być zwracane w całości za maksymalnie jedną podróż w obie strony dziennie dla każdego wnioskodawcy i dla towarzyszącego rodzeństwa w wieku do 18 lat po okazaniu paragonów. Zwrotowi podlega tylko przejazd klasą podstawową. Przejazd taksówką powinien być traktowany jako ostateczność, a zwrot kosztów będzie brany pod uwagę tylko w wyjątkowych okolicznościach, np. w przypadku braku możliwości skorzystania z transportu publicznego lub ze względu na stan zdrowia odwiedzającego. Przejazd taksówką musi zostać zatwierdzony przez personel szpitala przed rozpoczęciem jazdy. Zwrot kosztów paliwa będzie dokonywany według obowiązującej stawki\* za milę za maksymalnie jedną podróż samochodem w obie strony dziennie każdego wnioskodawcy, jeśli wnioskodawcy podróżują do szpitala osobno tego samego dnia. Jeśli wszyscy wnioskodawcy podróżują razem, zwrotowi powinien podlegać koszt tylko jednej podróży w obie strony.
- **Posiłki i utrzymanie** – Można ubiegać się o zwrot kosztów wyżywienia i napojów bezalkoholowych w wysokości do 8,50 GBP na uprawnioną osobę odwiedzającą dziennie. Posiłki i środki utrzymania mogą być zakupione poza terenem szpitala.
- **Parking** – Koszty parkowania samochodu mogą być zwrócone w całości po okazaniu paragonów.
- **Zakwaterowanie** – W wyjątkowych sytuacjach, gdy zakwaterowanie w szpitalu nie jest dostępne, zwracana jest część uzasadnionych kosztów noclegu.

\*Stawka zwrotu kosztów jest oparta na stawce HMRC Fuel Advisory Rate. Można ją znaleźć na stronie: <https://www.gov.uk/government/publications/advisory-fuel-rates>.

### Ubieganie się o zwrot kosztów

Formularz Funduszu Rodzinnego dla Młodych Pacjentów(1) znajduje się w załączniku; inne formularze są dostępne na oddziałach szpitalnych, w przychodniach i kasach oraz online. Formularz powinien być wypełniony przez jednego wnioskodawcę, a następnie podpisany i poświadczony w sposób opisany w formularzu. Dotyczy to również zaświadczenia od odpowiedniego pracownika medycznego opiekującego się niemowlęciem, dzieckiem lub młodą osobą. Wniosek może być złożony indywidualnie lub jedna osoba może złożyć wniosek za wszystkich uprawnionych odwiedzających na jednym formularzu, np. matka może złożyć wniosek w imieniu swoim, ojca i rodzeństwa młodego pacjenta.

Wnioski mogą być składane stopniowo podczas trwającego pobytu w szpitalu (np. co tydzień) lub jednorazowo za cały pobyt, po wypisaniu z oddziału, na którym dziecko lub młoda osoba jest leczona.

Wnioski należy składać w ciągu trzech miesięcy od wypisania pacjenta ze szpitala. Wnioski złożone po tym terminie nie będą rozpatrywane pod kątem zwrotu kosztów, z wyjątkiem naprawdę wyjątkowych okoliczności.

**Wypełnione formularze należy przekazać do kasy szpitala, w którym pacjent przebywa, w celu uzyskania zwrotu kosztów.**

Pełny regulamin funduszu można znaleźć na stronie <https://www.mygov.scot/young-patients-family-fund-terms-conditions>



# FORMULARZ WNIOSKU O ZWROT KOSZTÓW Z YPFF(1)

## CZĘŚĆ 1: DANE OSOBOWE: DO WYPEŁNIENIA PRZEZ WNIOSKODAWCĘ (LUB W JEGO IMIENIU)

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA (jeśli dziecko nie ma imienia, proszę wpisać nazwisko dziecka)

WIEK PACJENTA W CHWILI PRZYJĘCIA DO SZPITALA:

DATA URODZENIA PACJENTA:

PROSZĘ ZAZNACZYĆ,  
JEŚLI SKŁADASZ WNIOSZEK W ZWIĄZKU  
Z ODWIEDZINAMI  
U DZIECKA NA ODDZIALE  
NEONATOLOGICZNYM

IMIĘ I NAZWISKO WNIOSKODAWCY:

ADRES WNIOSKODAWCY:

KOD POCZTOWY:

NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO:

POKREWIEŃSTWO Z PACJENTEM: rodzic/ główny opiekun  rodzeństwo poniżej 18 roku życia  liczba   
(W przypadku składania wniosku dla więcej niż jednej uprawnionej osoby odwiedzającej, proszę zaznaczyć wszystkie właściwe pozycje i podać liczbę rodziców/głównych opiekunów i/lub rodzeństwa składających wniosek)

DANE BANKOWE (wypełnij tylko w przypadku, gdy chcesz otrzymać zapłatę przelewem bankowym, a szpital ma możliwość realizacji takiego przelewu)

NAZWISKO(-A) POSIADACZA(-Y) KONTA:

NAZWA BANKU LUB TOWARZYSTWA BUDOWLANEGO:

NUMER ROZLICZENIOWY ODDZIAŁU:

NUMER KONTA W BANKU/TOWARZYSTWIE BUDOWLANYM:

## CZĘŚĆ 2: DANE PACJENTA: DO WYPEŁNIENIA PRZEZ WNIOSKODAWCĘ (LUB W JEGO IMIENIU)

SZPITAL, W KTÓRYM PRZEBYWA PACJENT:

NUMER/NAZWA ODDZIAŁU:

IMIĘ I NAZWISKO KONSULTANTA (jeśli dotyczy):

DATA PRZYJĘCIA:

GODZINA PRZYJĘCIA:

DATA WYPISANIA:

GODZINA WYPISANIA:

(jeśli dotyczy)

(jeśli dotyczy)

## CZĘŚĆ 3: POTWIERDZENIE: DO WYPEŁNIENIA PRZEZ PERSONEL SZPITALA

Potwierdzam, że pacjent wymieniony powyżej jest/był hospitalizowany w tym szpitalu w dniach podanych w części 2:

Podpis:

Imię i nazwisko drukowanymi literami:

Stanowisko:

Data:

Podpis upoważnionego  
członka personelu  
szpitala:



## CZĘŚĆ 5: OŚWIADCZENIE I PODPIS WNIOSKODAWCY (LUB W JEGO IMIENIU)

Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z Regulaminem dotyczącym podróży i utrzymania, na podstawie którego ubiegam się o zwrot kosztów. Potwierdzam, że niniejszy wniosek jest zgodny z tym regulaminem. Oświadczam, że jestem rodzicem/głównym opiekunem lub bratem/siostrą w wieku poniżej 18 lat niemowlęcia, dziecka lub młodej osoby, którzy otrzymali lub otrzymują szpitalną opiekę stacjonarną opisaną w niniejszym formularzu. Oświadczam też, że informacje podane przeze mnie w niniejszym formularzu są poprawne i kompletne oraz że nie wnosilem(-am) o zwrot wydatków wyszczególnionych w niniejszym formularzu w innym miejscu.

Przyjmuję do wiadomości, że świadome podanie nieprawdziwych informacji może skutkować wszczęciem postępowania sądowego i mogę zostać pociągnięty do odpowiedzialności karnej i cywilnej. Wyrażam zgodę na ujawnienie informacji zawartych w tym formularzu przez NHS Scotland i wydział ds. zwalczania nadużyć finansowych (Counter Fraud Services) oraz na rzecz tych instytucji w celu weryfikacji tego wniosku oraz na potrzeby prowadzenia dochodzenia w sprawie nadużyć finansowych, zapobiegania takim nadużyciom, ich wykrywania i ścigania.

Podpis:

Data:

WNIOSKI NALEŻY SKŁADAĆ W CIĄGU 3 MIESIĘCY OD WYPISU ZE SZPITALA I PRZEKAZAĆ DO KASY SZPITALA, W KTÓRYM PRZEBYWA PACJENT.

## CZĘŚĆ 6: TYLKO DO UŻYTKU ADMINISTRACYJNEGO

Sprawdziłem(-am) poprawność danych zawartych w niniejszym wniosku i zatwierdzam wypłatę kwoty GBP

Podpis:

Stanowisko:

Data: