



This form must be completed in English

Цю форму необхідно заповнити на англійській мові

UKR-UKR Medical Card Application Form

УКР Форма заявки на отримання медичної картки

Instructions for filling in this application form

Інструкція щодо заповнення даної форми заявки

Step 1: Read the form and then start filling it in.

Крок 1: Спочатку прочитайте форму, а тоді почніть її заповнювати.

Step 2: Remember to sign Section 1.

Крок 2: Не забудьте підписати Розділ 1.

Step 3: Only include your spouse/partner or any child dependents who are now residing in Ireland.

Крок 3: Включіть сюди тільки вашого чоловіка/партнера, або дітей-утриманців, які зараз проживають в Ірландії.

Step 4: Any child aged 16 or over must complete their own application form.

Крок 4: Будь-яка дитина віком 16 років і старша повинна заповнити свою індивідуальну форму заявки.

Step 5: If you know your preferred GP (General Practitioner) please ask them to complete and stamp Section 3 of this form. If you don't have a preferred GP, leave that section blank and one will be assigned to you (and your family).

Крок 5: Якщо ви маєте рекомендованого лікаря-терапевта, попросіть його заповнити та поставити підпис у Розділі 3 цієї форми. Якщо у вас немає рекомендованого лікаря-терапевта, залиште цей розділ порожнім, і вам (а також членам вашої сім'ї) призначать лікаря-терапевта.

Step 6: Read your Data Protection Rights.

Крок 6: Прочитайте свої права на захист даних.

Step 7: Post the completed application form to **PO Box 11745, National Medical Card Unit, Dublin 11**, or alternatively you can email the form to: **PCRS.Applications@HSE.ie**

Крок 7: Надішліть заповнену форму заявки на **поштову скриньку Box 11745, National Medical Card Unit, Dublin 11**, або ж ви можете надіслати форму заявки **електронною поштою: PCRS.Applications@HSE.ie**

Section 1: Declaration and consent

Розділ 1: Положення та згоди

The HSE has the right, at any time, to change its decision on whether or not you are eligible for a Medical Card. We might do this, for example, if your residency status changes.

Міністерство охорони здоров'я має право в будь-який час змінити своє рішення стосовно того, чи маєте ви право на отримання медичної картки. Ми можемо це зробити, наприклад, якщо ваш статус резидента зміниться.

Please read the following statements. If you agree with them, sign the form below and fill in date.

Будь ласка, прочитайте ці положення. Якщо ви погоджуєтесь з ними, підпишіть форму нижче та поставте дату.

I declare that the information that I have given as part of this registration is correct to the best of my knowledge.

Я заявляю, що на підставі відомих мені даних інформація, яку я надав (-ла) в рамках цієї реєстрації, є вірною.

I will inform the HSE immediately of any change that may affect my eligibility.

Я негайно інформуватиму Міністерство охорони здоров'я про всі зміни, які можуть вплинути на моє право на отримання допомоги.

I accept that the HSE, when assessing whether I am eligible, may contact other government departments of Department of Employment Affairs and Social Protection to confirm the information that I have given.

Section 2B: Your dependent children (aged 0-15)**Розділ 2Б: Діти-утриманці (віком 0-15 років)**

Children over the age of 16 should complete their own application form

Розділ 2Б: Діти-утриманці (віком 0-15 років). Діти віком більше як 16 років мають заповнити свою індивідуальну форму заявки

First name: Ім'я:	Surname: Прізвище:	Date of birth: Дата народження:	Gender (please tick) Стать (будь ласка, позначте)	PPS number: For example: 2221111AW Номер Служб. Держ. Забезпечення: Наприклад: 2221111AW	In continuing education (please tick 'Y' for yes and 'N' for no) На стадії безперервного здобуття освіти (будь ласка, позначте «Y» для відповіді «так» і «N» для відповіді «ні»)
		D D M M Y Y M F Д Д М М Р Р Ч Ж			у н так ні
		D D M M Y Y M F Д Д М М Р Р Ч Ж			у н так ні
		D D M M Y Y M F Д Д М М Р Р Ч Ж			у н так ні
		D D M M Y Y M F Д Д М М Р Р Ч Ж			у н так ні

Section 3: Your GP of Choice (must hold a GMS contract)**Розділ 3: Ваш рекомендований лікар-терапевт (повинен мати контракт GMS (первинної медико-санітарної медичної допомоги))**

GP Stamp Штамп лікаря
GP Name: Ім'я лікаря: _____
GP GMS Panel Number: Номер контракту GMS лікаря: _____
GP Signature: Підпис лікаря: _____
Date: Дата: / /

Data Protection and Freedom of Information Notice**Положення про захист даних та вільний доступ до інформації**

The HSE will treat all personal data you provide as part of this application as confidential and store it securely. When the HSE receives your completed application form and any supporting documents, it will make a computer record in your name(s). This record will contain the relevant personal information you or your spouse/partner (if relevant) have supplied.

Міністерство охорони здоров'я буде розглядати всі персональні дані, які ви надаєте в рамках цієї заявки, як конфіденційні та надійно зберігати їх. Коли Міністерство охорони здоров'я отримає вашу заповнену форму заявки та будь-які підтверджуючі документи, воно зробить комп'ютерний запис на ваше ім'я (імена). Цей запис міститиме відповідну персональну інформацію, надану вами або вашим чоловіком/дружиною чи партнером (за потреби).

This record will be used and retained by the HSE, for the purposes of processing your Medical Card application. The HSE may also use details you provided to contact you or your spouse/partner (if relevant) in relation to eligibility under the Scheme, and/or in relation to services received based on eligibility awarded. The HSE will not disclose (share) to other people or organisations the personal information you have given unless permission has been given by the person to whom the information relates or the HSE is required to do so by law.

Цей запис буде використовуватися і зберігатися Міністерством охорони здоров'я для обробки вашої заявки на отримання медичної картки. Міністерство охорони здоров'я також може використати надану вами інформацію для зв'язку з вами або вашим чоловіком/дружиною чи партнером (при необхідності) щодо відповідності вимогам в рамках Програми та/або послуг, отриманих на підставі наданого права. Міністерство охорони здоров'я не розкриватиме (передаватиме) іншим особам або організаціям персональну інформацію, яку ви надали, за винятком випадків, коли дозвіл був наданий особою, якій належить ця інформація, або Міністерство охорони здоров'я зобов'язане зробити це згідно із законом.

The HSE's privacy statement is available to use at www.hse.ie.

Положення про конфіденційність Міністерства охорони здоров'я доступне на сайті www.hse.ie.

Help and Information

Інформаційна підтримка

A medical card allows you and your family card to get some healthcare services free of charge in Ireland. You will be able to get care from the following:

Медична картка дозволяє вам та членам вашої сім'ї безкоштовно отримувати деякі медичні послуги в Ірландії. Ви зможете отримати допомогу щодо таких послуг:

- family doctors - also called GPs (general practitioners)
- сімейні лікарі, або, так звані, лікарі-терапевти
- nurses
- медсестри
- community care services - for example, physiotherapy, speech therapy
- місцева медична служба – наприклад, фізіотерапія, логопедія
- hospital or emergency services
- надання медичних послуг в умовах стаціонару або невідкладної допомоги
- children's health services
- медичні послуги для дітей
- mental health services
- психіатрична допомога
- disability services
- послуги для інвалідів
- pregnancy services
- послуги для вагітних

In 9 months, you will receive a letter from us inviting you to review your application for your Medical Card. The application that you will have to complete will be a full financial assessment and you will need to provide your income and outgoings (if any).

Через 9 місяців ви отримаєте від нас листа із запрошенням розглянути вашу заявку на отримання медичної картки. Заявка, яку вам потрібно буде заповнити, буде повною оцінкою фінансових ресурсів, і вам потрібно буде вказати свої доходи та витрати (при наявності).

If you have moved address at any stage, please let us know as you may lose eligibility if you do not keep your contact details up to date.

Якщо ви змінили адресу на будь-якому етапі, повідомте нам про це, тому що ви можете втратити право на отримання допомоги, якщо не оновите свої контактні дані.