

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a) domiciliat/ă în localitatea, str., nr., bl., sc., et., ap., județul, telefon, actul de identitate seria, nr., CNP/cod unic de asigurare cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că mă încadrez în una din categoriile de asigurați scutiți de coplată, prevăzute mai jos:

() copii 0 - 18 ani (conform art. 213¹ lit. a) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății - se completează de părinți/apartinători legali)

() tineri între 18 ani și 26 de ani - dacă sunt elevi, absolvenți de liceu - până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți - care nu realizează venituri din muncă (conform art. 213¹ lit. a) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății)

() bolnavi cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății - pentru serviciile medicale aferente bolii de bază respectivei afecțiuni care nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte surse (conform art. 213¹ lit. b) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății)

() pensionari cu venituri numai din pensii de până la 740 lei/lună (conform art. 213¹ lit. c) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății)

() femei însărcinate și lăuze - cu venituri peste salariul de bază minim brut pe țară - pentru servicii medicale legate de evoluția sarcinii (conform art. 213¹ lit. d) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății - pentru toate serviciile medicale)

() femei însărcinate și lăuze - care nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară - pentru toate serviciile (conform art. 213¹ lit. d) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății)

dovedită prin documentul/documentele,

Data

.....

Semnătura

.....