

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a) domiciliat/ă în localitatea
 str., nr., bl., sc., et., ap., județul
, telefon, actul de identitate seria
, nr., CNP, încadrat în
 categoria de asigurat scutită de coplată..... dovedită prin
 documentul/documentele, eliberat(e) de
 cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că:

- copii 0-18 ani (conform art. 213¹ lit. a) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății - se completează de părinți / aparținători legali)
- nu realizez venituri din muncă (pentru tinerii 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, ucenicii sau studenții - conform art. 213¹ lit. a) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății)
- nu realizez venituri din muncă, pensie sau din alte surse (bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății - pentru serviciile medicale aferente bolii de bază respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri din muncă - conform art. 213¹ lit. b) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății)
- realizez venituri numai din pensie de până la 740 lei/lună (pensionarii 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)
- gravidă / lăuză - cu venituri peste salariul de bază minim brut pe țară - pentru servicii medicale legate de evoluția sarcinii
- nu am niciun venit / am venit sub salariul de bază minim brut pe țară (pentru femeile însărcinate și lăuzele care nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară - conform 213¹ lit. d) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății - pentru toate serviciile medicale)

Data

.....

Semnătura

.....