Către,

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE a**

**Judeţului Mureş**

Subsemnatul(a) persoana împuternicit(ă)

................................................................................................................

 (nume, prenume)

Cu Domiciliul ..........................................................................................................................

Posesor la BI/CI. Seria........................ nr. .................................

|  |
| --- |
| CNP |

Cunoscând că falsul se pedepseşte, conform legii în calitate de :

 - (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică) :........................................................

 - Persoana imputernicită de către asigurat : DA/NU

 (conform declaraţiei pe propria raspundere)

 - reprezentantul legal al asiguratului : DA/NU

 (conform documentului care atestă calitatea)

Solicit în numele asiguratului :

..................................................................................................................

 (nume, prenume)

Cu Domiciliul în :.....................................................................................................................

 (adresa completă)

Posesor la BI/CI. Seria........................ nr. .................................

|  |
| --- |
| CNP |

Eliberarea unei decizii de aprobare pentru servicii de îngrijiri la domiciliu:

- conform recomandării medicului de specialitate aflat în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate/medicului de familie în conformitate cu Hotărârea Guvernului nr.161/2016, cu modificările şi completările ulterioare.

Data ........................................................................

Nume, prenume ......................................................

Semnătura ..............................................................

**DECLARAŢIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE**

Subsemnatul(a), asigurat(ă)

..................................................................................................................................................

Cu Domiciliul

..................................................................................................................................................

(adresa completă)

..................................................................................................................................................

CNP .............................................................................

Cunoscând prevederile art. 292 Cod Penal privind falsul în declaraţii şi uzul de fals, declarat pe propria răspundere că **afecţiunea nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportive.**

 Precizez că în perioada ultimelor 11 luni, am beneficiat ...................................... zile

de îngrijiri la domiciliu.

 Prin prezenta împuternicesc pe numitul (dacă este cazul):

..................................................................................................................................................

Cu Domiciliul

..................................................................................................................................................

(adresa completă)

..................................................................................................................................................

CNP .............................................................................

 Să depună la CAS Mureş, în numele meu, cererea însoţită de documentele prevăzute de actele normative în vigoare.

Am luat la cunoştinţă faptul că, în cazul în care cererea mea va fi avizată favorabil, pot să optez pentru furnizarea serviciilor medicale la domiciliu pentru oricare din furnizorii din lista primită odată cu decizia de aprobare.

Declar, semnez si susţin

Data ..................................................................................

Nume, prenume ................................................................

Semnătura .........................................................................