**Doamnule Preşedinte – Director General**

Subsemnatul ……………………..………, CNP ……....…………..…, domiciliat în localitatea…………...............,str. …………............................………, nr….., bl. ..…, sc. …., et...., ap…., telefon ………………..….., depun prezenta cerere prin care solicit certificarea numarului de zile de ingrijiri medicale la domiciliu, conform recomandarii medicului.

Furnizarea de ingrijiri medicale la domiciliu se face la adresa: mentionata mai sus sau in localitatea ............................ str. .............................. nr.......bl.....sc.....ap......

Anexez la prezenta cerere următoarele documente :

1) Recomandare medicală pentru ingrijiri medicale la domiciliu

2) Copie xerox după: B.I/C.I apartinator

3) Copie xerox după: B.I/C.I pacient sau după certificatul de naştere la copiii sub 14 ani;

4) Dovada calităţii de asigurat, după caz: adeverinţă de salariat, talon recent de pensie, adeverinţă de elev, copie certificat handicap etc.

5) Copie după biletul de ieşire din spital in care este consemnata necesitatea efectuarii de servicii medicale de ingrijiri la domiciliu cand recomandarea se face la externare.

(Pe copiile dupa documente trebuie scris ,,conform cu originalul’’ si apoi semnat de imputernicit.)

Declar pe propria răspundere, sub sancţiunile prevăzute de Codul Penal pentru fals şi uz de fals în acte publice, următoarele:

- că am beneficiat în ultimele 11 luni, de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu pentru un număr de......... zile;

- că afecţiunea pentru care solicit îngrijiri medicale la domiciliu nu a apărut în urma unei boli profesionale, accident de muncă sau sportiv.

-că dosarul este depus de Dl/d-na. ....................................................................., CNP………………………., în calitate de : părinte / soţ / soţie / fiu / fiică / ruda gradul I / reprezentant legal / împuternicit legal ( cu împuternicire notarială pentru persoane din afara familiei ) – se va incercui varianta corespunzatoare.

Data Semnătura asiguratului/împuternicitului,