**ANEXA 23 D**

**DECLARAŢIE**

Subsemnatul(a), ........................................ domiciliat/ă în localitatea ................................, str. ........................ nr. ......, bl. ...., sc. ....., et. ....., ap. ...., judeţul ..........................., telefon ....................., actul de identitate ......... seria ........, nr. ........., CNP/cod unic de asigurare .............. cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii,

declar pe propria răspundere că mă încadrez în una dintre categoriile de asiguraţi scutite de coplată, prevăzute mai jos:

( ) copii 0 - 18 ani [conform art. 225 lit. a) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare - se completează de părinţi/aparţinători legali];

( ) tineri între 18 ani şi 26 de ani - dacă sunt elevi, absolvenţi de liceu - până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenţi - care nu realizează venituri din muncă [conform art. 225 lit. a) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare];

( ) bolnavi cu afecţiuni incluse în programele naţionale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătăţii - pentru serviciile medicale aferente bolii de bază a respectivei afecţiuni care nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse [conform art. 225 lit. b) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare];

( ) persoanele fizice cu venituri din pensii şi indemnizaţie socială pentru pensionari, de până la 900 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri [conform art. 225 lit. c) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare];

( ) femei însărcinate şi lăuze - cu venituri egale sau peste salariul de bază minim brut pe ţară - pentru servicii medicale legate de evoluţia sarcinii [conform art. 225 lit. d) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare];

( ) femei însărcinate şi lăuze - care nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe ţară - pentru toate serviciile medicale [conform art. 225 lit. d) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare],

dovedită prin documentul/documentele ...................................... .

Data Semnătura

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