

Anexa nr. 23D la Ordin 1857/2023**DECLARAȚIE DE COPLATĂ**

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

- tineri între 18 ani și 26 de ani - dacă sunt elevi, studenți/ucenici care nu realizează venituri din muncă;
- bolnavi cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate care nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse;
- persoanele fizice cu venituri din pensii și indemnizație socială pentru pensionari, de până la **900 lei/lună** inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri
- femei însărcinate și lăuze - care nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară -
- persoane cetățeni români, care sunt victime ale traficului de persoane *)

ANGAJAMENT DE PLATĂ

Întrucât NU mă încadrez în una din categoriile de asigurați scutite de coplată, mă angajez ca la externare să plătesc tariful de 10 lei , ce reprezintă coplata, în cazul în care nu mă încadrez în una din categoriile de asigurați scutite de coplată, prevăzute mai sus.

Prin semnarea prezentului consimțământ, confirm că:

- ✓ *Am înțeles informațiile furnizate.*
- ✓ *Am avut ocazia să pun întrebări și am primit răspunsuri satisfăcătoare.*
- ✓ *Am avut timp să mă decid și să fiu parte activă în luarea deciziilor care privesc rezolvarea problemelor mele de sănătate.*
- ✓ *Îmi dau consimțământul în mod liber și voluntar, fără a fi fost supus(ă) presiunilor sau influențelor exterioare.*

Semnătura pacientului/reprezentantului legal _____ Data __/__/____