

Către Casa de Asigurări de Sănătate a Județului Vaslui

Subsemnatul(a) _____, CNP _____, domiciliat(ă) în localitatea _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, sector/județ _____, solicit eliberarea unei adeverințe din care să rezulte că sunt asigurat(ă) CJAS VASLUI în calitate de (bifați poziția corespunzătoare):

<input type="checkbox"/>	Salariat / Persoană cu venit asimilat salariilor;
<input type="checkbox"/>	Persoană fizică autorizată (PFA) / Persoană fără venituri (PFV);
<input type="checkbox"/>	Pensionar ;
<input type="checkbox"/>	Persoană care realizează venituri din agricultură și / sau silvicură ;
<input type="checkbox"/>	Persoană care obține venituri din cedarea folosinței bunurilor ;
<input type="checkbox"/>	Persoană care obține venituri din dividende ;
<input type="checkbox"/>	Persoană care obține venituri din dobânzi ;
<input type="checkbox"/>	Persoană care obține venituri din drepturi de proprietate intelectuală ;
<input type="checkbox"/>	Asigurat fără plata contribuției conform Art. 213 din Lgea 95/2006:
<input type="checkbox"/>	Elev / Student cu vârsta cuprinsă între 18 și 26 de ani;
<input type="checkbox"/>	Tânăr cu vârsta cuprinsă între 18 și 26 de ani care provine din sistemul de protecția copilului ;
<input type="checkbox"/>	Sot, soție sau părinte aflat în întreținerea unei persoane asigurate (coasigurat);
<input type="checkbox"/>	Persoană cu handicap ;
<input type="checkbox"/>	Personal monahal ;
<input type="checkbox"/>	Bolnav cu o afecțiune inclusă în programele naționale de sănătate ;
<input type="checkbox"/>	Femeie însărcinată sau lăuză ;
<input type="checkbox"/>	Persoană care se afla în concediu pentru creșterea copilului până la împlinirea vârstei de 2 ani;
<input type="checkbox"/>	Șomer;
<input type="checkbox"/>	Persoană care face parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social conform Legii 416-2001;
<input type="checkbox"/>	Persoană care se află în executarea unei pedepse private de libertate sau arest preventiv ;
<input type="checkbox"/>	Persoană ale cărei drepturi sunt stabilite prin Decretul-Lege 118 / 1990;
<input type="checkbox"/>	Persoană ale cărei drepturi sunt stabilite prin Decretul-Lege 189 / 2000;
<input type="checkbox"/>	Persoană ale cărei drepturi sunt stabilite prin Decretul-Lege 44 / 1994;
<input type="checkbox"/>	Persoană ale cărei drepturi sunt stabilite prin Decretul-Lege 309 / 2002;

MOTIVUL PENTRU CARE SE SOLICITA ADEVERINTA:

<input type="checkbox"/>	Medic de familie;	<input type="checkbox"/>	Formular european;
<input type="checkbox"/>	Medic dentist;	<input type="checkbox"/>	Card european;
<input type="checkbox"/>	Medic specialist;	<input type="checkbox"/>	Autoritatea pentru străini;
<input type="checkbox"/>	Îngrijiri la domiciliu;	<input type="checkbox"/>	Spital
<input type="checkbox"/>	Orteze / proteze;	<input type="checkbox"/>	Data internării: _____
<input type="checkbox"/>	Comisii terapeutice;	<input type="checkbox"/>	Altele.

Depun anexat documente conform Legii 95/2006, în baza Ordinului 581/2014, cu modificările și completările ulterioare.

Doresc ca adeverința să îmi fie transmisă prin poștă DA/NU sau să o ridic personal DA/NU.

Data:

Semnătura:

Număr de telefon: