



CONSILIUL LOCAL SECTOR 2

DIRECȚIA GENERALĂ DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ȘI
PROTECȚIA COPILULUI SECTOR 2

Anexa nr. 1 la Regulamentul privind implementarea Programului „FIV pentru Sectorul 2”

Cerere de înscriere în Programul „FIV pentru sectorul 2”

Subsemnatul(a),, cetățean, identificată cu C.I. seria nr., eliberată de, la data de, C.N.P., domiciliată în/cu reședința, telefon, e-mail,

Subsemnatul(a),, cetățean, identificat cu C.I. seria nr., eliberată de, la data de, C.N.P., domiciliat în/cu reședința, telefon, e-mail,

solicit/solicităm includerea în Programul „FIV pentru sectorul 2”

Menționez/menționez că îndeplinesc/îndeplinesc cumulativ următoarele condiții:

- ☐ Cel puțin unul dintre noi este cetățean român;
- ☐ Cel puțin unul dintre noi are domiciliul stabil în România, pe raza Sectorului 2, de minimum 3 ani anterior înscrierii în Program;
- ☐ Am vârsta cuprinsă între 20 - 45 ani, calculată la data depunerii cererii;
- ☐ Sunt/suntem asigurată/asigurați în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România;
- ☐ Am/Avem un venit net individual de maximum 5.500 lei/lună/persoană;
- ☐ Nu înregistrăm datorii la bugetul local al Sectorului 2;
- ☐ Dețin document emis de un medic specialist din cadrul unei unități sanitare partenere, care atestă diagnosticul de infertilitate și indicația medicală pentru efectuarea procedurii FIV;
- ☐ Nu am mai beneficiat/nu beneficiaz, în cursul acestui an, de alt program cu același scop, finanțat din fonduri publice, la nivel local sau central, derulat de către alte autorități/instituții publice;
- ☐ Mă angajez că voi efectua procedurile medicale de specialitate într-o unitate sanitară de pe teritoriul României.

Anexăm actele doveditoare celor declarate anterior:

- ☐ *Declarație de consimțământ* privind prelucrarea datelor cu caracter personal, inclusiv acordul privind verificarea existenței domiciliului cu 3 ani înainte de aplicarea la prezentul Program la Direcția Publică de Evidență Persoane și Stare Civilă Sector 2, după caz – Anexa nr. 2;
- ☐ *Copii ale actelor de identitate* care să ateste domiciliul stabil în Sectorul 2, cu cel puțin 3 ani anterior înscrierii în Program – cu mențiunea „conform cu originalul” și semnătura;
- ☐ *Adeverință/Adeverințe* care să ateste calitatea de asigurat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate din România, emisă/emise cu maxim 60 de zile anterior depunerii dosarului;
- ☐ *Certificat fiscal emis de Direcția Generală Impozite și Taxe Locale*, de la domiciliul ambilor parteneri (în cazul cuplurilor), respectiv pentru femeia singură infertilă, din care să rezulte că membrii cuplului/persoana singură nu au/are datorii la bugetul local;
- ☐ *Adeverință de venit* eliberată de Agenția Națională de Administrare Fiscală, valabilă la data depunerii dosarului;
- ☐ Document eliberat de unitatea sanitară parteneră cu *indicația medicală de FIV*, solicitat unității sanitare după aprobarea prezentului Regulament și publicării Listei cu unitățile sanitare partenere – Anexa nr. 3; acest document va fi completat de către medicul specialist, incluzând obligatoriu data emiterii, semnătura și parafa acestuia;
- ☐ *Declarație pe propria răspundere* care să ateste că nu a mai beneficiat sau că nu beneficiază în prezent de un sprijin financiar aferent unui alt Program cu același scop, finanțat din fonduri publice, derulat în anul în curs, la nivel local sau central, de către alte autorități/instituții publice - Anexa nr. 4.

Menționez că optez pentru clinica

Semnătură/Semnături:	Data

** În cazul cuplului infertil, căsătorit/necăsătorit, cererea de înscriere va fi semnată de ambii parteneri.*