



MINISTERUL MUNCII
FAMILIEI, TINERETULUI ȘI SOLIDARITĂȚII SOCIALE

ANEXA nr. 1 la normele metodologice

CERERE

**de înscriere în Programul social de interes național de susținere a cuplurilor
și a femeilor singure pentru creșterea natalității**

Subsemnata,, cetățean, identificată cu C.I./B.I.
seria nr., eliberată/eliberat de, la data de, C.N.P.
....., domiciliată în /cu reședința,
telefon, e-mail

Subsemnatul,, cetățean, identificată cu C.I./B.I.
seria nr., eliberată/eliberat de, la data de, C.N.P.
....., domiciliat în /cu reședința,
telefon, e-mail

solicit/solicităm includerea în Programul social de interes național de susținere a cuplurilor și a
femeilor singure pentru creșterea natalității.

Menționez/menționăm că îndeplinesc/îndeplinesc cumulativ următoarele condiții:

- ☐ sunt/suntem domiciliat(ă)/domiciliați în România, cel puțin unul dintre membrii cuplului;
- ☐ sunt/suntem cetățean/cetățeni român/români, cel puțin unul dintre membrii cuplului;
- ☐ am vârsta cuprinsă între 24 și 42 de ani;
- ☐ nu am mai beneficiat/nu beneficiaz/nu beneficiem, 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;
- ☐ dețin/deținem un document din care să rezulte diagnosticul de infertilitate/o afecțiune incompatibilă cu reproducerea pe cale naturală, precum și indicația medicală pentru realizarea procedurii de reproducere umană asistată medical eliberat de un medic cu specialitate în obstetrică-ginecologie și competență în tratamentul infertilității cuplului și reproducere umană asistată medical, angajat sau colaborator al unității sanitare pentru care optez;
- ☐ sunt/suntem asigurat(ă)/asigurați în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România;
- ☐ mă angajez că voi efectua procedurile medicale de specialitate într-o unitate sanitară afiliată Programului social de interes național de susținere a cuplurilor și a femeilor singure pentru creșterea natalității.

Atașez/Atașăm în cadrul platformei actele doveditoare celor declarate anterior:

- ☐ declarație/declarații pe propria răspundere că nu am beneficiat sau nu beneficiaz 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. 1a la normele metodologice aprobate prin Ordinul ministrului muncii, familiei, tineretului și solidarității sociale nr. 684/2026;

☐ document din care să rezulte diagnosticul de infertilitate/o afecțiune incompatibilă cu reproducerea pe cale naturală, precum și indicația medicală pentru realizarea procedurii de reproducere umană asistată medical eliberat de un medic cu specialitate în obstetrică-ginecologie și competență în tratamentul infertilității cuplului și reproducere umană asistată medical, angajat sau colaborator al unității sanitare pentru care optez - anexa nr. 1b la normele metodologice aprobate prin Ordinul ministrului muncii, familiei, tineretului și solidarității sociale nr. 684/2026;

☐ acord/acorduri individual/individuale privind prelucrarea datelor cu caracter personal - anexa nr. 1c la normele metodologice aprobate prin Ordinul ministrului muncii, familiei, tineretului și solidarității sociale nr. 684/2026;

☐ copie/copii conformă/conforme cu originalul a cărții/cărilor de identitate (C.I.);

☐ adeverință/adeverințe care să ateste calitatea de asigurat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate din România.

Menționez că am aplicat/nu am aplicat, în anul, la „Programul social de interes național de susținere a cuplurilor și a femeilor singure pentru creșterea natalității”, derulat de Ministerul Muncii, Familiei, Tineretului și Solidarității Sociale.

Menționez că optez pentru clinica

Data	Numele și prenumele	Semnătura/Semnăturile*

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