
CERERE TIP PRIVIND SOLICITAREA DREPTURILOR DE ASIGURĂRI SOCIALE, ALTELE DECÂT PENSILE

I. Date privind solicitantul și natura prestației solicitate (se completează de către solicitant)

A. Numele și prenumele: _____

Codul numeric personal: _____ Valabil până la data de: _____

Document de identitate: Seria _____ Nr. _____ zi _____ luna _____ an _____

Domiciliat în Localitatea _____

Strada: _____ Nr. _____

Bloc _____ Scara _____ Etaj _____ Apart. _____ Sector: _____

B. Calitatea solicitantului:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> angajat; | <input type="checkbox"/> persoană asigurată cu contract de asigurări sociale |
| <input type="checkbox"/> funcționar public; | <input type="checkbox"/> persoane alese sau numite în cadrul autorităților electiv, judecătorești, executive sau legislative; |
| <input type="checkbox"/> șomer; | <input type="checkbox"/> alte persoane; |
| <input type="checkbox"/> pensionar, nr. dosar: _____ | <input type="checkbox"/> persoană asigurată cu declarație de asigurare. |
| <input type="checkbox"/> membru de familie; | |
| <input type="checkbox"/> membru al cooperăției meșteșugărești; | |

II. Date privind angajatorul:

Denumire angajator:

Cod fiscal:

Nr. înreg. Reg. Comerțului:

CNP angajator:

_____ / _____ / _____

Durata contractului individual de muncă: nedeterminată / determinată

III. Date privind achitarea obligațiilor de asigurări sociale (se completează de către plătitorii de drepturi)

A. Stagiul de cotizare (perioada de contribuție) realizat:

- în 6 luni din ultimele 12 luni: _____ media veniturilor lunare: _____
de la _____ / _____ / _____ la _____ / _____ / _____ _____ lei

- 12 luni din ultimele 24 luni: _____ media veniturilor lunare: _____
de la _____ / _____ / _____ la _____ / _____ / _____ _____ lei

B. Veniturile pentru care s-a achitat contribuția individuală de asigurări sociale în ultimele 6 luni anterioare solicitării dreptului: _____ lei

C. Numărul de zile de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă din ultimele 12 luni (cu excepția concediului medical acordat pentru tuberculoză, maternitate și îngrijirea copilului bolnav) sau din ultimii 2 ani, pentru tuberculoză: _____ zile.

