

\_\_\_\_\_

## 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 electivă, 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.

C. Plata solicitată:

Acte necesare:

verso

I. Concediu medical pentru:		Certificat medical: Seria         Nr.                     Data       /       /
1a)     boală obișnuită;		
1b)     accident de muncă		- cu viza Inspectoratului Teritorial al Muncii
1c)     boală profesională;		- cu viza Inspectoratului de Sănătate Publică
1d)     urgență medico-chirurgicală;		- stabilită prin listele aprobate prin lege
1e)     boală infecto-contagioasă de tip A;		- stabilită prin listele aprobate prin lege
1f)     afecțiune cardio-vasculară;		- stabilită prin listele aprobate prin lege
1g)     tuberculoză;		
1h)     cancer;		
1i)     SIDA		
2a)     trecerea temporară în altă muncă		
2b)     reducerea timpului de muncă cu 1/4 din durata noastră		
2c)     carantină		Certificarea duratei de către Inspectoratul de Sănătate Publică
3. maternitate		
a)     concediu de sarcină de până la 63 de zile calendaristice înainte de data estimativă a nașterii	b)     concediu de lehuzie pentru numărul de zile până la 126 zile calendaristice	
4.     îngrijirea copilului bolnav până la împlinirea vârstei de 7 ani, sau pentru îngrijirea copilului cu handicap pentru afecțiuni intercurante până la împlinirea vârstei de 18 ani Cod numeric personal copil: 		- livretul de familie și/sau certificatul de naștere al copilului; - certificatul de persoană cu handicap; - declarație pe propria răspundere, care atestă că celălalt părinte sau susținătorul legal nu exercită concomitent dreptul
II.     Concediu și indemnizație pentru creșterea copilului până la împlinirea vârstei de 2 ani sau pentru creșterea copilului cu handicap până la împlinirea vârstei de 3 ani: Cod numeric personal copil: 		- livretul de familie și/sau certificatul de naștere al copilului; - certificatul de persoană cu handicap; - declarație pe propria răspundere, care atestă că celălalt părinte sau susținătorul legal nu exercită concomitent dreptul; - declarație lunară pe propria răspundere care să ateste că nu obține venituri din alte activități.
III. Ajutorul de deces:		Certificat de deces: Seria         Nr.                     Data       /       /             (original și copie) - acte doveditoare privind efectuarea cheltuielilor ocazionale de deces; - acte privind gradul de rudenie sau după caz calitatea de moștenitor, tutore, curator; - declarație dată pe propria răspundere care atestă calitatea de membru de familie aflat în întreținerea asiguratului sau pensionarului; - pentru copilul înalt de muncă - certificat de persoană cu handicap și actul medical ce atestă boala și data ivirii acesteia; - declarație pe propria răspundere din care să rezulte că ajutorul de deces nu a fost solicitat de/pentru pensionarul asigurat.
IV. Indemnizație de asigurări sociale convenită pentru luna în curs și neachitată asiguratului decedat:		Certificat de deces: Seria         Nr.                     Data       /       /             (original și copie legalizată) - actul de stare civilă care atestă calitatea de soț, părinte sau, în lipsa acestora, de persoana care dovedește că l-a îngrijit pe asigurat până la data decesului.

Data

Semnătura solicitantului

D. Răspunderea privind corectitudinea datelor referitoare la stagiul de cotizare și venitul asigurat luat în considerare la stabilirea bazei de calcul al dreptului solicitat revine angajatorului sau instituției care administrează bugetul Fondului pentru plata ajutorului de șomaj. Înscrierea eronată a datelor se sancționează potrivit legii.

Data \_\_\_\_\_

Semnătura și ștampila Angajatorului