

CASA JUDETEANA DE PENSII
 [][][][][][][][][][][]

Cod județ:
 [][]

CERERE TIP PRIVIND SOLICITAREA DREPTURILOR DE
 ASIGURĂRI SOCIALE, ALTELE DECÎT PENSIILE

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"/> membru al cooperăției meșteșugărești; |
| <input type="checkbox"/> funcționar public; | <input type="checkbox"/> persoana asigurată cu contract de asigurări sociale |
| <input type="checkbox"/> somer; | <input type="checkbox"/> persoane alese sau numite în cadrul autorității electivă, judecătorești, executive sau legislative; |
| <input type="checkbox"/> pensionar, nr. dosar: [] [] [] [] [] [] | <input type="checkbox"/> alte persoane; |
| <input type="checkbox"/> membru de familie; | <input type="checkbox"/> persoana asigurată cu declarație de asigurare |

II. Date privind angajatorul:

Denumire angajator:
 [][][][][][][][][]

Cod fiscal: Nr.inreg. Reg.Comerțului: CNP angajator:
 [][][][][][][] [] [] [] / [] [] [] / [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Durata contractului individual de munca: 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:

- | | |
|--|--|
| | media |
| - în 6 luni din ultimele 12 luni:
de la [] [] / [] [] / [] [] [] [] la [] [] / [] [] / [] [] [] [] | veniturilor lunare:
[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] lei |
| | media |
| - în 12 luni din ultimele 24 luni:
de la [] [] / [] [] / [] [] [] [] la [] [] / [] [] / [] [] [] [] | veniturilor lunare:
[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] 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 munca din ultimele 12 luni (cu excepția concediului medical acordat pentru tuberculoza, maternitate, și îngrijirea copilului bolnav) sau din ultimii 2 ani, pentru tuberculoza: [] [] [] zile.

III. Ajutorul de deces:

Certificat de deces:

Seria [][] Nr. [][][][] [] [] []

Data [][]/[][]/[] [] [] []

(original și copie)

- acte doveditoare privind efectuarea cheltuielilor ocazionate de deces;
- acte privind gradul de rudenie sau după caz calitatea de moștenitor, tutore, curator;
- declarație data pe propria răspundere care atesta calitatea de membru de familie aflat în întreținerea asiguratului sau pensionarului; pentru copilul inapt de munca - certificat de persoana cu handicap și actul medical ce atesta boala și data ivirii acesteia;
- declarație pe propria răspundere din care sa rezulte ca ajutorul de deces nu a fost solicitat de/pentru pensionarul asigurat.

IV. Indemnizație de asigurări sociale convenită pentru luna în curs și neachitata asiguratului decedat

Certificat de deces:

Seria [][] Nr. [][][][] [] [] []

Data [][]/[][]/[] [] [] []

(original și copie legalizată)

- actul de stare civilă care atesta calitatea de soț, copil, părinte sau, în lipsa acestora, de persoana care dovedește ca l-a îngrijit pe asigurat până la data decesului.

Data
.....

Semnatura solicitantului
.....