

CASA JUDETEANA DE PENSII

Cod județ:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

**CERERE TIP PRIVIND SOLICITAREA DREPTURILOR DE ASIGURĂRI SOCIALE,
ALTELE DECÂT PENSIIILE**

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:

angajat;

membru al cooperăției meșteșugărești;

funcționar public;

persoană asigurată cu contract de asigurări sociale

șomer;

persoane alese sau numite în cadrul autorității
elective, judecătorești, executive sau legislative;pensionar, nr. dosar:

alte persoane;

membru de familie;

persoană asigurată cu declarație de asigurare

II. Date privind angajatorul:

Denumire angajator: _____

Cod fiscal: _____ Nr. înreg. Reg.Comertului: _____ 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:

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.

C. Plata solicitată:

Acte necesare:

VERSO

I. Concediu medical pentru:	Certificat medical: Seria ____ Nr. _____ Data ____ / ____ / _____
1 a) <input type="checkbox"/> boală obișnuită; 1 b) <input type="checkbox"/> accident muncă; 1 c) <input type="checkbox"/> boală profesională; 1 d) <input type="checkbox"/> urgență medico-chirurgicală; 1 e) <input type="checkbox"/> boală infecto-contagioasă de tip A; 1 f) <input type="checkbox"/> afecțiune cardio-vasculară; 1 g) <input type="checkbox"/> tuberculoză; 1 h) <input type="checkbox"/> cancer; 1 i) <input type="checkbox"/> SIDA;	- cu viza Inspectoratului Teritorial al Muncii - cu viza Inspectoratului de Sănătate Publică - stabilită prin listele aprobate prin lege - stabilită prin listele aprobate prin lege - stabilită prin listele aprobate prin lege
2 a) <input type="checkbox"/> trecerea temporara in alta munca; 2 b) <input type="checkbox"/> reducerea timpului de munca cu 1/4 din durata normala ; 2 c) <input type="checkbox"/> carantina;	Certificarea duratei de către Inspectoratului de Sănătate Publică.
3. maternitate	
a) <input type="checkbox"/> concediu de sarcină de până la 63 de zile calendaristice înainte de data estimativă a nașterii 4. <input type="checkbox"/> îngrijirea copilului bolnav până la împlinirea vârstei de 7 ani sau pentru îngrijirea copilului cu handicap pentru afecțiuni intercurente până la împlinirea vârstei de 18 ani Cod numeric personal copil <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	b) <input type="checkbox"/> concediu de lehuzie pentru numărul de zile până la 126 zile calendaristice - livretul de familie și/sau certificatul de naștere al copilului ; - certificat de persoană cu handicap ; - declarație pe propria răspundere care să ateste că celălalt părinte sau susținătorul legal nu exercită concomitent dreptul
II. <input type="checkbox"/> Concediu și indemnizație pentru creșterea copilului până la împlinirea vârstei de 2 ani sau pentru creșterea copilului cu handicap până la împlinirea vârstei de 18 ani Cod numeric personal copil <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	- livretul de familie și/sau certificatul de naștere al copilului ; - certificat de persoană cu handicap ; - declarație pe propria răspundere care să ateste că celălalt părinte sau susținătorul legal nu exercită concomitent dreptul - declarație pe propria răspundere care să ateste că nu obtine venituri din alte activități.
III. Ajutor de deces - acte doveditoare privind efectuarea cheltuielilor ocazionate de deces - acte privind gradul de rudenie sau după caz calitatea de mostenitor, tutore, curator; - declarație dată pe propria răspundere care atestă calitatea de membru de familie aflat în întreținerea asiguratului sau pensionarului; pentru copilul inapt de munca – certificat de persoană cu handicap și actul medical care 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	Certificat de deces : Seria ____ Nr. _____ Data ____ / ____ / _____ (Original si copie)
IV. Indemnizația de asigurări sociale cuvenită pentru luna în curs și neachitată asiguratului decedat - actul de stare civilă care atestă calitatea de soț, copil, părinte sau, în lipsa acestora, de persoană care dovedește că la îngrijit pe asigurat până la data decesului	Certificat de deces : Seria ____ Nr. _____ Data ____ / ____ / _____ (Original si copie legalizata)

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 somaj. Înscriserea eronată a datelor se sancționează potrivit legii.

Data

.....

Semnătura și ștampila Angajatorului

.....

Instituția care administrează bugetul Fondului pentru plata ajutorului de șomaj