

ANEXA 39 - CERERE TIP PRIVIND SOLICITAREA DREPTURILOR DE ASIGURĂRI SOCIALE, ALTELE DECÂT PENSIIILE

CASA JUDEȚEANĂ DE PENSII

Cod Județ:

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 electiv, 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. 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: _____ lei
 de la _____ / _____ / _____ la _____ / _____ / _____
 în 12 luni din ultimele 24 luni media veniturilor lunare: _____ lei
 de la _____ / _____ / _____ la _____ / _____ / _____
 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: _____ lei

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) <input type="checkbox"/> boală infectocontagioasă de tip A;	- stabilită prin listele aprobate prin lege
1f) <input type="checkbox"/> acțiune cardio-vasculară;	- stabilită prin listele aprobate prin lege
1g) <input type="checkbox"/> tuberculoză;	
1h) <input type="checkbox"/> cancer;	
1i) <input type="checkbox"/> SIDA;	
2a) <input type="checkbox"/> trecerea temporară în altă muncă	
2b) <input checked="" type="checkbox"/> reducerea timpului de muncă cu 1/4 din durata normală	
2c) <input type="checkbox"/> carantină	Certificarea duratei de către Inspectoratul 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	b) <input type="checkbox"/> concediu de lehuzie pentru numărul de zile până la 126 zile calendaristice
4. <input type="checkbox"/> îngrijirea copilului bolnav până la împlinirea vârstei de 7 ani, sau pentru îngrijirea copilului cu handicap pentru afecțiuni intercurrente până la împlinirea vârstei de 13 ani. Cod numeric personal copil: <input type="text"/>	- 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. <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 3 ani; Cod numeric personal copil: <input type="text"/>	- 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 <input type="text"/> Nr. <input type="text"/> Data <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (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 dată pe propria răspundere care atestă calitatea de membru de familie aflat în întreținerea asiguratului sau pensionarului; pentru copilul inapt de muncă - certificatul 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 cuvenită pentru luna în curs și neachitată asiguratului decedat	Certificat de deces: Seria <input type="text"/> Nr. <input type="text"/> Data <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (original și copie legalizată)
- actul de stare civilă care atestă calitatea de soț, copil, 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. Înscriserea eronată a datelor se sancționează potrivit legii.

Data _____ Semnătura și ștampila Angajatorului _____