

INSTRUMENTAREA UNEI CERERI DE PENSIE DE INVALIDITATE

Persoana interesată completează acest formular, cu informațiile pe care le cunoaște, asumându-și veridicitatea celor declarate prin semnătură.

Prezentul formular face parte integrantă din dosarul de pensie al lucrătorului migrant.

Pe baza celor declarate prin intermediul acestui formular, casele teritoriale de pensii completează formularul E 202.

1 Instituția căreia îi este adresat formularul (casa județeană de pensii)

1.1 Denumire : ...Casa județeană de pensii Maramures.

1.2 Adresa ⁽³⁾ : str Hortensiei 1/A, 430294 Baia Mre, Romania

A. Informații privind subsemnatul (asiguratul) ^(3a)

2.

2.1 Nume de familie ⁽⁴⁾ :

2.2 Nume la naștere ⁽⁴⁾ :

2.3 Prenume ⁽⁵⁾ :

2.4 Nume purtate anterior ⁽⁶⁾ :

2.5 Sex ⁽⁷⁾ :

2.6 Numele și prenumele tatălui ⁽⁸⁾ :

2.7 Numele și prenumele mamei la naștere ⁽⁸⁾ :

2.8 Stare civilă :

necăsătorit

divorțat ⁽⁹⁾

separat

Începând cu data de⁽¹⁰⁾

Începând cu data de⁽¹⁰⁾

căsătorit

recăsătorit ⁽⁹⁾

văduv sau văduvă

Începând cu data de⁽¹⁰⁾

Începând cu data de⁽¹⁰⁾

Începând cu data de⁽¹⁰⁾

care conviețuiește cu o altă persoană

Începând cu data de^{(11) (12) (13)}

2.9 Codul fiscal ⁽¹⁴⁾ :

și codul fiscal al districtului :

2.10 Nr. asigurării ^{(2) (15)}CNP ROMANESC.....

3. Cetățenie ^{(16) (17)} :

4. Detalii despre naștere ⁽¹⁸⁾

4.1 Data nașterii ⁽¹⁸⁾ :

4.2 Locul nașterii ⁽¹⁹⁾ :

4.3 Provincia, departamentul, regiune ⁽²⁰⁾ :

4.4 Țara ⁽²¹⁾ :

5. Adresa și detalii bancare

5.1 Adresa ^{(3) (22) (23)} :

5.2 Detaliile bancare sau adresa pentru plata directă :

Numele subsemnatului așa cum este înregistrat la bancă :

Denumirea băncii :

Adresa băncii :

Cod de identificare bancară (BIC/SWIFTT) :

Numărul de cont internațional bancar (IBAN) :

6.

- 6.1 Număr de asigurare la instituția de înregistrare: ...CNP ROMANESC.....
- 6.2 Numărul de referință al dosarului la instituția care instrumentează cererea :

7.

- 7.1 Data la care a fost determinat începutul invalidității :
- 7.2 Data de început a incapacității de muncă, urmată de invaliditate :
- 7.3 Subsemnatul
- desfășor încă nu mai desfășor
- o activitate salarială o activitate în calitate de funcționar public o activitate independentă
(23a)
- 7.4 Dacă persoana desfășoară o activitate salarială sau o activitate ca funcționar public (23a) (24)
- Cuantumul salariului :
- Numărul de ore lucrate :
- 7.5 Data încetării activității profesionale
- în calitate de lucrător salariat :
- în calitate de lucrător independent :
- ca funcționar public (23a) :
- 7.6 Natura acestei activități (24a) :
- Dacă desfășoară o activitate ca lucrător independent, indicați cuantumul venitului profesional (25) :
- 7.7 Natura acestei activități :
- 7.8 Alte resurse cunoscute (cuantumul și natura) (26) :
- 7.9 Declar că nu are niciun venit (27).
- 7.10 Invaliditatea
- este prezumată nu este prezumată a fi fost cauzată de un terț responsabil.
- rezultă nu rezultă dintr-un accident de muncă sau boală profesională (28) .
- rezultă nu rezultă dintr-un accident care nu are legătură cu munca sau cu boala profesională (29) .
- rezultă nu rezultă din leziuni sau afecțiuni provocate sau apărute în timpul desfășurării profesiei (28a) .
- rezultă nu rezultă dintr-un accident legat de exercitarea profesiei sau o boală profesională în conexiune cu condițiile particulare de exercitare a profesiei (28a) .
- este prezumată nu este prezumată a fi fost cauzată de solicitant în mod intenționat (50)
- 7.11 La data debutului incapacității de muncă
- eram asigurat la asigurarea de invaliditate a lucrătorilor
- eram asigurat la asigurarea de invaliditate a altor persoane
- nu eram asigurat la asigurarea de invaliditate

8.

- 8.1 De la debutul incapacității de muncă
- am urmat cursuri de recuperare a capacității de muncă
- nu am urmat cursuri de recuperare a capacității de muncă
- am fost supus unei reconversii profesionale
- nu am fost supus unei reconversii profesionale
- 8.2 În caz afirmativ, a se preciza în vederea cărui loc de muncă :
- 8.3 Angajatorul pentru care am ocupat acest nou loc de muncă :
- Denumirea angajatorului sau firmei :
- Adresă (3) :

8.4 Data începerii și terminării ocupării sale (IBAN) :

9.

9.1 Subsemnatul am solicitat următoarele prestații beneficiiez următoarele prestații de

- 9.2 Continuarea plății salariului în caz de boală
- 9.3 Prestații în bani pentru incapacitate de muncă în cadrul asigurărilor de boală
- 9.4 Alocații de recuperare a capacității de muncă
- Alocații în caz de reconversie
- 9.5 Pensie de invaliditate ⁽³⁰⁾
- 9.6 Pensie de bătrânețe ⁽³⁰⁾
- 9.7 Pensie de urmaș ⁽³⁰⁾
- 9.8 Prestații ca urmare a unui accident de muncă sau a unei boli profesionale
- 9.9 Prestații de șomaj sau de pensie anticipată
- 9.10 Prestații pentru asistența din partea unei terțe persoane ⁽³¹⁾
- 9.11 Prestații familiale ⁽³²⁾
- 9.12 Rambursarea contribuțiilor
- 9.13 Transferul contribuțiilor ⁽³³⁾

9.14 Alte prestații (vă rugăm precizați) Da Nu

9.15 Instituția(-ții) responsabilă (responsabile) pentru plata prestațiilor menționate la punctele 9.2 - 9.11
(denumirea, adresa ⁽³⁾, numărul prestației) :
 9.
 9.
 9.
 9.

9.16 Informații suplimentare privind prestațiile menționate la punctele 9.2 - 9.11

Prestații	Număr de referință al dosarului	Perioada sau data acordării	Cuquantum
9.	<input type="checkbox"/> zilnic <input type="checkbox"/> săptămânal <input type="checkbox"/> lunar <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> zilnic <input type="checkbox"/> săptămânal <input type="checkbox"/> lunar <input type="checkbox"/> anual
9.	<input type="checkbox"/> zilnic <input type="checkbox"/> săptămânal <input type="checkbox"/> lunar <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> zilnic <input type="checkbox"/> săptămânal <input type="checkbox"/> lunar <input type="checkbox"/> anual
9.	<input type="checkbox"/> zilnic <input type="checkbox"/> săptămânal <input type="checkbox"/> lunar <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> zilnic <input type="checkbox"/> săptămânal <input type="checkbox"/> lunar <input type="checkbox"/> anual

B. Informații privind membrii de familie ai subsemnatului

- 11 Soțul ^{(13) (17) (35)} Partenerul coabitant ⁽¹¹⁾

11.1 Nume de familie⁽⁴⁾ :
 Numărul de identificare/asigurare ^{(2) (15) (17)} :

11.2 Prenume :
 Nume purtate anterior :

11.3 Data nașterii :
 Locul nașterii ⁽¹⁹⁾ :

11.4 Adresă ⁽³⁾ :

11.5 Data căsătoriei /începerii conviețuirii:
 Persoana asigurată locuiește la același domiciliu cu soțul sau partenerul?
 Da, de la data :
 Nu :
 Nu mai locuiește, de la data :

11.6 Soțul/Partenerul desfășoară nu desfășoară o activitate profesională
 realizează nu realizează alte venituri

11.7 In caz afirmativ, cuantumul veniturilor este:
 pe săptămână ⁽³⁶⁾ pe lună ⁽³⁷⁾ pe an ⁽³⁸⁾

11.8 Soțul/Partenerul
 a depus o cerere de pensie în sistemul
 salariaților
 funcționarilor publici^(38a)
 lucrătorilor independenți
 este titularul unei pensii nu este titularul unei pensii
 În caz afirmativ, a se indica :

11.9 Tipul pensiei :

11.10 Numărul pensiei ⁽¹⁷⁾ :

11.11 Instituția responsabilă de plată:

11.12 Cuantum lunar trimestrial anual :

11.13 Soțul/partenerul beneficiază nu beneficiază de alte prestații ⁽³⁹⁾
 șomaj boală invaliditate altele

11.14 Data acordării dreptului la prestații:

11.15 Cuantum lunar trimestrial anual :

11.16 Alte resurse cunoscute : Natura :
 Cuantum ⁽⁴⁰⁾ :

12 Copii ^{(13) (17)}

12.1	Nume ^{(4) (17)}	Prenume	Locul și data nașterii, căsătoriei sau decesului ⁽⁴¹⁾	Gradul de rudenie (ex. copil propriu, copil adoptat, copil vitreg)
1.

.....
.....
.....
2.
.....
.....
.....
3.
.....
.....
.....
4.
.....
.....
.....

13 Ascendenți și alți membri ai gospodăriei ⁽⁴⁷⁾

13.1	Nume ⁽⁴⁾	Prenume	Data nașterii	Legătura de rudenie
1.
.....
.....
.....
2.
.....
.....
.....
3.
.....
.....
.....
4.
.....
.....
.....
13.2	Adresa ⁽³⁾ ⁽⁴⁴⁾ :			
			
			
13.3	Observații :			
			
			

C. Informații diverse

14

14.1 Documente anexate în sprijinul cererii de _____

.....
.....
.....

15 Date despre persoana care completează formularul RO 204

15.1 Nume și prenume :

15.2 Adresa ⁽³⁾ :

Telefon.....E-mail.....

15.3 Semnătura 15.4 Data

Timp estimat de completare : 45 de minute.

Informațiile completate sunt necesare pentru procesare în vederea acordării drepturilor de pensie.

Veti atasa :

- certificat nastere, casatorie, buletin-
- carnet de munca - original
- adeverinte - original
- decizia medicală de incadrare în grad de invaliditate
- adeverinte pentru perioada lucrata dupa 01.01.2011 - original
- _____
- Documente din statul unde ati lucrat : un document care contine codul dumneavoastra de asigurari sociale de acolo
- _____
- Daca indepliniti criteriile de pensionare din celalalt stat: extras de cont in devize, pe numele dumneavoastra

ANEXA Nr. 5 la norme

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

pentru determinarea statului de ședere obișnuită, conform prevederilor art. 5 alin. (1) din lege, în cazul persoanelor care intră sub incidența instrumentelor juridice internaționale la care România este parte

Subsemnatul (a),....., având codul numeric personal....., număr de telefon....., adresă de e-mail....., domiciliul în localitatea....., str..... nr....., bl....., sc....., et....., ap....., județul/provincia/departamentul/regiunea....., țara....., și locul de ședere obișnuită în localitatea....., str..... nr....., bl....., sc....., et....., ap....., județul/provincia/departamentul/regiunea..... țara....., posesor/posesoare act identitate seria..... nr..... eliberat de..... la data de....., născut (ă) la data de..... în localitatea/județul/provincia/departamentul/regiunea....., fiul/ fiica lui..... și al (a)....., cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal, formulez următoarea declarație:

Declar pe propria răspundere, sub sancțiunile prevăzute de Codul penal al României pentru declarații neadevărate, că:

1. sunt stabilit pe teritoriul ⁱ de la data de
2. mă deplasez pe teritoriul ⁱⁱ
3. dețin nu dețin o locuință în proprietate pe teritoriul ⁱⁱⁱ
4. dețin nu dețin alte bunuri imobile în proprietate pe teritoriul ^{iv}
5. statul în care sunt angajat/angajată este ^v, în calitate de ^{vi} la ^{vii}
6. am fost/ nu am fost angajat/angajată/desfășurat activitate profesională într-un alt stat în afară de România
a) în cazul unui răspuns afirmativ, precizați statul/statele
7. statul în care este angajat/angajată soțul/soția este ^{viii}
8. statul în care urmează studiile copiii aflați în întreținerea mea este ^{ix}
9. statul în care am reședința fiscală este ^x
10. am/ nu am depus nicio cerere de acordare a unor drepturi de pensie de bătrânețe (pentru limită de vârstă, anticipată), de invaliditate, de urmaș, la instituția competentă în materie de pensii din alt stat/la o altă instituție cu atribuții în materie de pensii din România
a) în cazul unui răspuns afirmativ, se vor face mențiuni cu privire la cererea depusă, precum:
(i) denumirea și adresa instituției
(ii) tipul de cerere depusă
(iii) data depunerii cererii

(iv) informații referitoare la modul de instrumentare a cererii, dacă este cunoscut

11. beneficiez/ nu beneficiez de drepturi bănești acordate de casele teritoriale de pensii (pensie sau indemnizații acordate în baza unor legi speciale)

a) în cazul unui răspuns afirmativ, se vor face mențiuni cu privire la:

(i) denumirea și adresa instituției plătitoare

(ii) categoria de drepturi de care beneficiez

(iii) numărul deciziei

12. beneficiez/ nu beneficiez de prestații de boală/de maternitate/de pensie/de accidente de muncă și boli profesionale/de deces/de șomaj/de prepensionare/familiale acordate de instituții din alt stat

a) în cazul unui răspuns afirmativ, se vor face mențiuni cu privire la:

(i) denumirea și adresa instituției plătitoare

(ii) categoria de drepturi de care beneficiez

(iii) data acordării

Declar că îmi exprim acordul cu privire la prelucrarea datelor, în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției, cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor).

Data

Semnătura

Termenul-limită de transmitere a declarației către casa teritorială de pensii competentă:

.....

Instituția căreia îi este adresată prezenta declarație:

Coordonate de contact ale casei teritoriale de pensii competente:

.....

ⁱ A se menționa statul.

ⁱⁱ A se menționa statul și frecvența.

ⁱⁱⁱ A se menționa statul/statele.

^{iv} A se menționa statul/statele.

^v A se menționa statul.

^{vi} A se menționa ocupația.

^{vii} A se menționa angajatorul, dacă există.

^{viii} A se menționa statul.

^{ix} A se menționa statul.

^x A se menționa statul.