CERERE

pentru acordarea indemnizației de sprijin/sumei fixe anuale

Către Agenția pentru Plăți și Inspecție Socială a Județului .....

Domnului/Doamnei director executiv

Subsemnata (ul),

Numele și prenumele

Cod numeric personal

Adresa: Str.

Nr. Bl. Sc. Ap. Sector

Mun./oraș

com.; sat

Județul

Telefon Fax

E-mail

Actul de identitate [1] ☐☐☐ Seria ☐☐☐ Nr. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Eliberat de secția de poliție ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

În calitate de adoptator, vă rog să îmi aprobați acordarea:

☐ **indemnizației de sprijin**

☐ **sumei fixe anuale de 1500 lei**

Pentru copilul/copiii:

1. Numele și prenumele ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Cod numeric personal ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Act de identitate/act doveditor ☐☐☐ **Seria** ☐☐☐ **Nr.** ☐☐☐☐☐☐☐☐

Copilul se află în una sau mai multe din următoarele situații:

☐ are vârsta cuprinsă între 3 și 6 ani

☐ este încadrat în grad de handicap ușor sau mediu

☐ face parte dintr-un grup de 2 frați adoptabili împreună

☐ are împlinită vârsta de 7 ani

☐ este încadrat în grad de handicap accentuat sau grav, infectat HIV sau bolnav SIDA

☐ face parte dintr-un grup de cel puțin 3 frați adoptabili împreună

☐ necesită servicii de recuperare/reabilitare medicale, psihologice sau de altă natură

[1] Actele de identitate sunt, după caz:
- B.I. - buletin de identitate
- C.I. - carte de identitate
- C.I.P. - carte de identitate provizorie

2. Numele şi prenumele

Cod numeric personal

Act de identitate/act doveditor **Seria** **Nr.**

Copilul se află în una sau mai multe din următoarele situaţii:

- are vârsta cuprinsă între 3 şi 6 ani
- este încadrat în grad de handicap uşor sau mediu
- face parte dintr-un grup de 2 fraţi adoptabili împreună
- are împlinită vârsta de 7 ani
- este încadrat în grad de handicap accentuat sau grav, infectat HIV sau bolnav SIDA
- face parte dintr-un grup de cel puţin 3 fraţi adoptabili împreună
- necesită servicii de recuperare/reabilitare medicale, psihologice sau de altă natură

3. Numele şi prenumele

Cod numeric personal

Act de identitate/act doveditor **Seria** **Nr.**

Copilul se află în una sau mai multe din următoarele situații:

☐ are vârsta cuprinsă între 3 și 6 ani

☐ este încadrat în grad de handicap ușor sau mediu

☐ face parte dintr-un grup de 2 frați adoptabili împreună

☐ are împlinită vârsta de 7 ani

☐ este încadrat în grad de handicap accentuat sau grav, infectat HIV sau bolnav SIDA

☐ face parte dintr-un grup de cel puțin 3 frați adoptabili împreună

☐ necesită servicii de recuperare/reabilitare medicale, psihologice sau de altă natură

Copilul/Copiii este/sunt adoptat/adoptați în baza Hotărârii/Certificatului de grefă nr. ……..…..
emise/emis de Tribunalul …… la data de …….. .

Doresc să primesc indemnizația de sprijin/suma fixă:

- la domiciliu prin mandat poștal ☐
- în contul bancar nr. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

deschis la banca

_____

Cunoscând prevederile art. 326 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, cu privire la falsul în declarații, declar pe propria răspundere că datele și informațiile prezentate sunt complete și corespund realității.

Data ..... Semnătura .....