

C E R E R E
pentru acordarea alocației de stat pentru copii

I. 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 identitate¹⁾

 Seria

 Nr.

Emis de

Vă rog să-mi aprobați acordarea alocației de stat, pentru copilul:

1. Numele și prenumele

Cod numeric personal

Actul de identitate¹⁾

 Seria

 Nr.

reprezentat legal de subsemnatul în calitate de *:

Părinte natural	
Părinte adoptiv	
Tutore	
Curator	
Persoană/familie de plasament	
Asistent maternal	
Persoană căreia i s-a încredințat copilul în vederea adopției	

Copilul este încadrat într-un grad de handicap Da Nu

conform certificatului de încadrare într-un grad de handicap nr.

Eliberat de

* se bifează cu "X" căsuța corespunzătoare

2. Numele și prenumele

Cod numeric personal

Actul de identitate¹⁾ Seria Nr.

reprezentat legal de subsemnatul în calitate de *:

Părinte natural	<input type="checkbox"/>
Părinte adoptiv	<input type="checkbox"/>
Tutore	<input type="checkbox"/>
Curator	<input type="checkbox"/>
Persoană/familie de plasament	<input type="checkbox"/>
Asistent maternal	<input type="checkbox"/>
Persoană căreia i s-a încredințat copilul în vederea adopției	<input type="checkbox"/>

Copilul este încadrat într-un grad de handicap Da Nu

conform certificatului de încadrare într-un grad de handicap nr.

Eliberat de

3. Numele și prenumele

Cod numeric personal

Actul de identitate¹⁾ Seria Nr.

reprezentat legal de subsemnatul în calitate de *:

Părinte natural	<input type="checkbox"/>
Părinte adoptiv	<input type="checkbox"/>
Tutore	<input type="checkbox"/>
Curator	<input type="checkbox"/>
Persoană/familie de plasament	<input type="checkbox"/>
Asistent maternal	<input type="checkbox"/>
Persoană căreia i s-a încredințat copilul în vederea adopției	<input type="checkbox"/>

Copilul este încadrat într-un grad de handicap Da Nu

conform certificatului de încadrare într-un grad de handicap nr.

Eliberat de

4. Numele și prenumele

Cod numeric personal

Actul de identitate¹⁾ Seria Nr.

reprezentat legal de subsemnatul în calitate de *:

Părinte natural	<input type="checkbox"/>
Părinte adoptiv	<input type="checkbox"/>
Tutore	<input type="checkbox"/>
Curator	<input type="checkbox"/>
Persoană/familie de plasament	<input type="checkbox"/>
Asistent maternal	<input type="checkbox"/>
Persoană căreia i s-a încredințat copilul în vederea adopției	<input type="checkbox"/>

Copilul este încadrat într-un grad de handicap Da Nu

conform certificatului de încadrare într-un grad de handicap nr.

Eliberat de

La prezenta, anexează următoarele documente *:

Copie certificat naștere al copilului	
Copia actului de identitate al reprezentantului legal	
Livret familie	
hotărâre judecătorească de încredințare a copilului în caz de divorț	
hotărâre judecătorească de încredințare în vederea adopției	
hotărâre judecătorească încuviințare în vederea adopției	
hotărâre judecătorească sau, după caz, hotărârea comisiei entru protecția copilului pentru măsura de protecție specială a plasamentului	
Dispoziția directorului general/directorului executiv al direcției generale de asistență socială și protecția copilului sau, după caz, hotărâre judecătorească pentru măsura de protecție specială a plasamentului în regim de urgență	
hotărâre judecătorească de instituire a tutelei sau, după caz, dispoziția autorității tutelare emise până la 31 decembrie 2004	
dispoziția autorității tutelare de instituire a curatelei	
Actul de deces al unuia dintre părinți	
Certificat de încadrare a copilului într-un grad de handicap, în situația în care este declarat cu handicap	

* se bifează cu "X" căsuța corespunzătoare

Doresc să primesc aceste drepturi*):

- la domiciliu prin mandat poștal*

- în cont personal*

Nr.

Deschis la banca _____

- în cont de card*

Nr.

Deschis la banca _____

* se bifează cu "X" căsuța corespunzătoare

Anexez alăturat extrasul de cont de la deschiderea acestuia.

Celălalt părinte (se completează dacă există) :

Numele și prenumele

Cod numeric personal

Adresa: Str.

Nr. Bl. Sc. Ap. Sector

Mun./oraș

com; sat

Județul

Telefon Fax

E-mail _____

Actul de identitate¹⁾ Seria Nr.

Emis de

Mă oblig să aduc la cunoștință direcției de muncă și incluziune socială orice modificare intervenită în situația copilului, care poate conduce la încetarea dreptului la alocația de stat pentru copii, în termen de 15 zile de la data modificării.

Prin semnarea prezentei am luat la cunoștință că datele declarate sunt corecte și complete, iar declararea necorespunzătoare a adevărului se pedepsește conform legii penale.

Am luat la cunoștința ca informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate conform regulamentului U.E. 679/2016

Decar că sunt de acord să ridic alocația de stat _____

Data

Semnătura solicitantului

Semnătura celuilalt părinte
