

CERERE
pentru acordarea ajutorului de deces asigurat/membru de familie

Se aprobă. (semnătura)	Înregistrată cu nr. din Viza pentru controlul financiar preventiv
------------------------------------	---

Către Casa Teritorială Teleorman

Subsemnatul(a),, având codul numeric personal, domiciliat(ă) în....., str.....nr....., bl....., sc....., et. ... , ap. , județul, posesor (poseoare) al (a) buletinului/cărții de identitate seria . . . nr., eliberat(ă) de , în calitate de , nr. telefon , adresă de e-mail , vă rog să aprobați plata ajutorului de deces pentru, conform certificatului de deces nr. , din , eliberat de Primăriaavând calitatea de asigurat/membru de familie.

Odată cu prezenta cerere depun și următoarele acte:

- a)** certificat de deces (original și copie);
- b)** act de identitate (original și copie);
- c)** actele de stare civilă din care rezultă calitatea de soț/soție, respectiv gradul de rudenie cu decedatul (original și copie), după caz;
- d)** dovada suportării cheltuielilor ocazionate de deces (original);
- e)** adeverință că, la data decesului, membrul de familie cu vârsta cuprinsă între 18 și 26 de ani urma o formă de învățământ organizată potrivit legii (original), după caz;

f) act medical emis sau vizat de medicul expert al asigurărilor sociale, prin care se atestă boala care l-a făcut inapt și data ivirii acesteia, în cazul copilului inapt în vârstă de peste 18 ani (original), după caz;

g) declarație olografă pe propria răspundere că membrul de familie, la data decesului, nu era asigurat sau pensionar, după caz;

h) dovada calității de asigurat în sistemul public de pensii, pentru membru de familie: adeverință de la angajator din care să rezulte ca persoana solicitantă avea calitatea de asigurat la data decesului membrului de familie(nu se afla în concediu fără plată / nu avea contractual de muncă suspendat);

i) procură specială, după caz;

j) extras de cont, după caz;

k) adeverință de la angajator din care să rezulte ca persoana solicitantă avea calitatea de asigurat la data decesului membrului de familie(nu se afla în concediu fără plată / nu avea contractual de muncă suspendat)- doar pentru membru de familie.

În susținerea cererii mele, declar pe propria răspundere și sub sancțiunile prevăzute de [Codul penal](#) referitoare la falsul în înscrisuri oficiale că am suportat cheltuielile ocazionate de deces, că nu am încasat și nu voi încasa ajutorul de deces de la nicio altă unitate.

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).

Telefon:.....

Data	Semnătura
---------------	--------------------