

Nr. _____ din data _____

C E R E R E

pentru acordarea alocației de stat pentru copii

Subsemnata(ul),

Numele _____

Prenumele _____

Cod numeric personal _____

Adresa:

Str. _____

Nr. _____

bloc _____

Scara _____

apartament _____

Mun./oraș/com. _____

sat _____

Județul _____

ARAD

Telefon _____

Fax _____

E-mail _____

Actul de identitate*¹⁾ _____

seria _____

numar _____

Eliberat de SCLEP _____

Vă rog să aprobați acordarea alocației de stat pentru copilul/copii:

1

Numele _____

Prenumele _____

Cod numeric personal _____

Actul de identitate/act doveditor*¹⁾ _____

seria _____

numar _____

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 _____

* se bifează cu "X" căsuța corespunzătoare

La prezenta, anezez următoarele documente*:

copia certificatului de naștere al copilului	X
copia actului de identitate al reprezentantului legal	X
livretul de familie	X
hotărârea judecătorească de încredințare a copilului în caz de divorț	
hotărârea judecătorească de încredințare în vederea adopției	
hotărârea judecătorească de încuviințare a adopției	
hotărârea judecătorească sau, după caz, hotărârea comisiei pentru 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, hotărârea judecătorească pentru măsura de protecție specială a plasamentului în regim de urgență	
hotărârea judecătorească de instituire a tutelei sau, după caz, dispoziția autorității tutelare emisă până la 31 decembrie 2004	
dispoziția autorității tutelare de instituire a curatelei	
actul de deces al unuia dintre părinți	
certificatul de încadrare a copilului într-un grad de handicap, în situația în care copilul este declarat cu handicap	

* se bifează cu "X" căsuța corespunzătoare

Doresc să primesc aceste drepturi:

- la domiciliu prin mandat poștal*

- în cont bancar*

Nr. _____

Deschis la Banca _____

Anexez alăturat extrasul de cont de la deschiderea acestuia.

* se bifează cu "X" căsuța corespunzătoare

Celălalt părinte (se completează dacă există):

Numele _____

Prenumele _____

Cod numeric personal _____

Adresa: _____

Str. _____

Nr. _____

bloc _____

scara _____

apartament _____

Localitatea: _____

Județul _____

ARAD

Telefon _____

fax _____

E-mail _____

Actul de identitate*1) _____

seria _____

numar _____

Eliberat de SCLEP _____

Mă oblig să aduc la cunoștința agenției pentru plăți și inspecție 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 cele declarate sunt corecte și complete, iar declararea necorespunzătoare a adevărului se pedepsește conform legii penale.

Declar că am fost informat cu datele cu caracter personal și sunt de acord să le folosesc pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției. Am luat la cunoștință că informațiile din cererea depusă și din cele anexate la aceasta vor fi preluate de ANEIS/ANIS ARAD cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

Data _____

Semnătura solicitantului, _____

Semnătura celuilalt părinte, _____