Vă rugăm bifați casuțele care reprezintă solicitarea dumneavoastră !

CERERE MODIFICĂRI DE ACORDARE BENEFICII SOCIALE

Doamnă/Domnule Director,

Subsemnatul(a)_____ CNP_____,cu domiciliu în _____, reprezentant legal al copilului(lor):

1. _____ CNP_____;
2. _____ CNP_____;
3. _____ CNP_____;
4. _____ CNP_____;
5. _____ CNP_____;

Beneficiar de :

- ☒ alocație de stat
- ☐ indemnizație pentru creșterea copilului
- ☐ stimulent pentru creșterea copilului
- ☐ prestații sociale persoane cu handicap
- ☐ alocație de susținere (ASF)
- ☐ ajutor social (VMG)
- ☐ alocație de plasament
- ☐ indemnizație de hrană
- ☐ concediu de acomodare

Va rog sa-mi aprobati cererea pentru :

- ☐ acordarea plăților restante (neachitate)
- ☐ repunere în plată, motiv: _____
- ☒ virarea prestației (lor) în cont☑/poștă☐
- ☐ schimbare nume copil/nume reprezentant lega
- ☐ schimbare reprezentant legal
- ☐ schimbare adresă conform acte anexate
- ☐ transferul prestației în judetul _____
- ☐ încetarea/suspendarea acordării prestației motivat de: _____
- ☐ prelungire acordare beneficiu
- ☐ eliberare documente (DECIZIE, ADEVERINȚĂ)

DOCUMENTELE CARE TREBUIE ATAȘATE PENTRU ALOCAȚIE DE STAT, INDEMNIZAȚIE CREȘTERE COPIL, PRESTAȚII SOCIALE PERSOANE CU HANDICAP ȘI STIMULENT DE INSERȚIE SUNT MENȚIONATE ÎN ANEXĂ.

Declar că am fost informat că datele cu caracter personal sunt prelucrate în scopul şi pentru îndeplinirea atribuţiilor legale ale instituției.

Am luat la cunoștință că informațiile din cererea depusă și din actele anexate la aceasta, vor fi prelucrate de ANPIS/AJPIS/APISMB 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.

Cunoscând prevederile art. 326 din Noul Cod Penal cu privire la falsul în declarații, respectiv faptul că declararea necorespunzătoare a adevărului făcută unui organ sau unei instituții de stat se pedepsește cu închisoare, declar pe proprie răspundere că datele și informațiile prezentate corespund realității.

În cazul în care modificarea solicitată de dumneavoastră nu se regăsește în situațiile de mai sus, vă rugăm să vă adresați AJPIS/APISMB.

Persoană de contact : ..... Tel.: .....

e-mail: .....