

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a) _____
 fiul/fiica lui _____ și al _____, născut(ă) la data de _____
 în localitatea _____, județul _____,
 legitimat(ă) cu B.I./C.I.seria _____ nr. _____ CNP _____
 eliberat de _____ la data de _____, domiciliat în
 localitatea _____, strada _____,
 nr. _____, bloc _____, sc. _____, etaj _____, ap. _____, județul _____.

DECLAR PE PROPRIE RĂSPUNDERE

Cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal pentru fals în declarații, că în calitate de _____ am suportat cheltuielile de înmormântare pentru numitul/a _____ CNP _____ cu ultimul domiciliu în localitatea _____, strada _____, nr. _____, decedat la data de _____ conform certificatului de deces nr. _____ eliberat de Primăria _____.

Totodată, declar că în cazul în care ar apare alți moștenitori rezervatari, mă oblig să răspund față de aceștia.

DECLARANT
 Nume și prenume

Data

Semnătura,

CERERE
pentru acordarea ajutorului de deces

SE APROBĂ

Înregistrată sub numărul _____ din _____
Viza pentru controlul financiar preventiv

Semnătura

Către,
Casa Teritorială/Sectorială de Pensii _____

Subsemnatul(a) _____ având codul
numeric personal _____ domiciliat(ă) în
_____ strada _____, nr. _____
Bloc _____, scara _____, etaj _____, ap _____, județul(sectorul) _____
posesor (posezoare) al(a) buletinului/cărții de identitate seria _____ nr. _____ eliberat(ă)
de _____ în calitate de _____ vă rog ca, în
baza dosarului de pensie nr. _____
și a celorlalte acte să aprobați plata:

- pensiei pe luna _____ anul _____
- ajutorului de deces pentru _____ având calitatea de
pensionar / membru de familie, conform certificatului de deces nr. _____ din
_____ eliberat de Primăria _____.

Odată cu prezenta cerere depun și următoarele acte:

- a) Certificat de deces – copie și original;
- b) act de identitate – copie și original;
- c) acte de stare civilă (solicitant rudă de gradul I)/certificat de moștenitor;
- d) documente din care să rezulte că s-au suportat cheltuielile de înmormântare;
- e) cupon de pensie;
- f) adeverință de studii, după caz;
- g) act medical emis / vizat de medical expert al asigurărilor sociale, prin care se atestă boala care l-a făcut inapt pentru muncă în cazul copilului în vârstă de până la 16 ani, după caz.

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 .

Data _____

Semnătura _____