

Formular de solicitare a ajutorului

(Conform platformei EPIDS – Serviciul de Telecomunicații Speciale STS)

1. Date de identificare ale solicitantului

Nume: _____

Prenume: _____

CNP: _____

Număr telefon: _____

Adresă e-mail (opțional): _____

2. Date de identificare ale persoanelor care locuiesc împreună cu solicitantul

Persoana 1:

Nume: _____

Prenume: _____

CNP: _____

Persoana 2:

Nume: _____

Prenume: _____

CNP: _____

(Se vor putea adăuga câte câmpuri sunt necesare, în funcție de numărul persoanelor)

3. Date de identificare ale locului de consum

Cod POD (Punct de consum): _____

Strada: _____

Număr: _____

Bloc: _____

Scara: _____

Etaj: _____

Apartament: _____

Localitate: _____

Județ/Sector: _____

Cod poștal: _____

Notă: Adresa completată mai sus este considerată singura adresă de corespondență, la care se va transmite cardul de ajutor, după stabilirea eligibilității.

4. Informații privind locul de consum:

- Solicitantul sau, după caz, una dintre persoanele de la punctul 2:
 - deține în proprietate și are stabilit domiciliul sau reședința la locul de consum menționat la punctul 3 (se dovedeste cu actul de identitate)
 - Este chiriaș sau locuiește în baza unui contract de comodat și are stabilită reședința la locul de consum menționat la punctul 3 (se dovedeste cu actul de identitate)
 - Locuiește în baza unui contract de comodat fără mențiunea reședinței în actul de identitate (se atașează documentul)
 - Este successor de drept, fara dezbateră succesiunii (adeverință din registrul agricol/ alt registru/alt document de la nivelul UAT care demonstrează faptul că solicitantul/membrii familiei locuiesc la locul de consum menționat la punctul 3)
 - Este beneficiar de venit minim de incluziune (oricare dintre componente) – se verifica în baza de date ANPIS

5. Informații suplimentare (după caz)

☐ Solicitantul este încadrat în grad de handicap grav, accentuat sau mediu.

- se atașează certificatul de încadrare în grad de handicap sau se poate verifica în baza de date ANPIS

☐ Solicitantul sau o persoană dintre cele menționate la locul de consum este dependent de dispozitive electrice medicale.

- Numele/prenumele persoanei (una dintre cele menționate la punctul 2)
- Se atașează documentul medical care atestă dependența de dispozitivul medical

☐ Solicitantul se încadrează la prevederile art. 4, alin. (1), litera e) din actul normativ ..., respectiv, familii care au întreținere cel puțin 3 copii cu vârsta de până în 18 ani

☐ Solicitantul este încadrat la prevederile art. 4, alin. (1), litera f) din actul normativ ... , respectiv, familii monoparentale care au întreținere cel puțin 1 copil cu vârsta de până în 18 ani

☐ Solicitantul NU obține venituri din sistemul național de apărare, case de pensii sectoriale și/sau neintegrate în sistemul național de pensii.

☐ Solicitantul obține venituri din sistemul național de apărare, case de pensii sectoriale și/sau neintegrate în sistemul național de pensii.

• Specificați tipul de venit _____

6. Informații privind veniturile nete: (tip și sumă)

- Din salarii și asimilate salariilor lei
- Din Pensii și alte drepturi de asigurări sociale ori indemnizații special lei
- Din activități independente, proprietate intelectuală, activități agricole lei
- Din cedarea folosinței drepturilor lei
- Din vanzarea bunurilor lei
- Altele (în conformitate cu ce se va reglementa în actul normativ)

7. Documente necesare pentru atașare

☐ Copie după actele de identitate ale solicitantului și ale colocatarilor declarați, din care să rezulte domiciliul sau, după caz, reședința la locul de consum, precum și celelalte documente prevăzute la punctele anterioare

☐ Pentru minorii sub 14 ani: copie certificat de naștere + declarație pe propria răspundere că aceștia locuiesc la adresa locului de consum.

☐ Copie după o factură de energie electrică (nu mai veche de 6 luni), din care să rezulte:

- i) Furnizorul de energie electrică și numărul POD (Point of Delivery)
- ii) Adresa locului de consum
- iii) Titularul contractului (poate fi solicitantul sau altă persoană)

8. Declarație pe proprie răspundere

☐ Declar că informațiile furnizate sunt complete și corecte.

☐ Sunt de acord ca datele personale să fie prelucrate în conformitate cu legislația în vigoare, exclusiv în scopul evaluării eligibilității și transmiterii cardului de ajutor.

☐ Declar că la adresa indicată am domiciliul/ reședința și că aceasta este adresa unică de corespondență.

7. Semnătură solicitant

Semnătură: _____

Data completării: _____