ACORD ÎNTRE ROMÂNIA ŞI REPUBLICA MOLDOVA ÎN DOMENIUL SECURITĂŢII SOCIALE

INSTRUMENTAREA UNEI CERERI PENTRU PENSIA DE INVALIDITATE

Articolele de la 20 la 23 din Acord
Articolele de la 13 la 18 din Aranjamentul administrativ

Acest formular trebuie să fie completat cu majuscule sau dactilografiat, utilizând doar spaţiile punctate.
Cuprinde 4 pagini; niciuna dintre acestea nu poate fi suprimată, chiar dacă nu conţine informaţii relevante

Partea A a acestui formular se completează de către solicitantul care are domiciliul pe teritoriul Republicii Moldova pentru a fi transmis instituţiei competente române. Solicitantul va completa şi formularul MD/RO 207 „Declaraţie privind cariera asiguratului", care va fi anexat prezentei solicitări. Instituţia competentă moldavă va verifica exactitatea informaţiilor menţionate în prezentul formular, va completa Partea B a acestui formular la care va anexa formularul MD/RO 205 „Certificat privind perioadele de asigurare", formularul MD/RO 213 „Raport medical detaliat", precum şi toate documentele care privesc perioadele de asigurare realizate pe teritoriul României precum şi alte documente medicale justificative.

PARTEA A

1	**Instituţia destinatară**
1.1	Denumire: ... CASA NATIONALA DE ASIGURARI SOCIALE ....
1.2	Adresă: … STR.GH.TUDOR, NR.3, CHISINAU , REPUBLICA MOLDOVA ....

Subsemnatul

2	Cu următoarele date de identificare personală		
2.1	Numele:		
2.2	Prenumele:		
2.3	Numele de familie la naştere.....		
2.4	Numele şi/sau prenumele anterioare:		
2.5	Sex: ☐ Masculin ☐ Feminin		
2.6	Data naşterii _____/ _____ / _____ . ziua / luna / anul	2.7	Locul naşterii: *(localitatea, judeţul/raionul, ţara)* .....
2.8	Adresa:.....		
2.9	Cod Numeric Personal în România (CNP):		
2.10	Cod personal de asigurări sociale (CPAS) / număr de identificare în Republica Moldova (IDNP).....		
2.11	Ultimul loc de asigurare (angajare) din România (localitatea, judeţul)		

3	☐ Solicit transferul bancar al drepturilor ce mi se cuvin din cadrul sistemului public de pensii în ☐ EURO ☐ USD ☐ GBP, detaliile bancare necesare efectuării transferului bancar fiind următoarele:	
3.1	Numele şi prenumele titularului	…… ……
3.2	Denumirea băncii	…… ……
3.3	Adresa băncii	…… ……
3.4	Cod de identificare bancară (BIC/SWIFT)	…… ……
3.5	Numărul de cont internaţional bancar (IBAN)	…… ……

4			
4.1	Data la care a fost stabilit debutul invalidităţii .	_____/ _____ / _____ ziua / luna / anul	
4.2	În prezent	☐ desfăşor ☐ nu mai desfăşor	☐ o activitate profesională salariată ☐ o activitate profesională independentă
	din: _____/ _____ / _____ . ziua / luna / anul		
4.3	La data ivirii invalidităţii	☐ satisfăceam serviciului militar obligatoriu ☐ eram elev, ucenic, student	
4.4	Invaliditatea	☐ a survenit din cauza unui accident de muncă, a unei boli profesionale, neoplaziilor, schizofreniei sau SIDA ☐ a survenit din cauza bolilor obişnuite şi accidentelor care nu au legătură cu munca	
4.5	☐ Am un handicap pre-existent calităţi de asigurat		☐ Sunt nevăzător/oare/
	De la data de: _____/ _____ / _____ . ziua / luna / anul		
	Documentul care atestă handicapul		☐ ☐este anexat ☐☐ nu a putut fi prezentat

5	
5.1	În susţinerea cererii mele depun/prezint următoarele documente, în original, spre a fi transmise de instituţia competentă din Republica Moldova, în copie certificată, instituţiei competente din România: ☐ carnet de muncă seria ..... nr..... ☐ livret militar seria ..... nr..... ☐ act de identitate seria ..... nr..... ☐ paşaport seria ..... nr..... ☐ certificat de naştere seria ..... nr..... ☐ diploma de absolvire a învăţământului universitar şi adeverinţa din care să rezulte durata normală, perioada studiilor şi faptul că acestea au fost urmate la zi: ..... ☐ dovada echivalării de către statul român a cursurilor desfăşurate în cadrul unor instituţii de învăţământ universitar din străinătate: .....

	☐ adeverinţă privind sporurile la salariu nr..... din ..... ☐ adeverinţă privind grupa superioară/ condiţii de muncă nr..... din ..... ☐ alte acte pentru dovedirea perioadelor de activitate şi a veniturilor realizate …… …….....	
5.2	Solicit ca plata să se efectueze:	
	☐ direct în Republica Moldova	☐☐ către un reprezentant legal din România *
5.3	Observaţii: ……..……..... ……	

* *În cazul în care se optează pentru efectuarea plăţii drepturilor de pensie către un reprezentant legal, este necesar să se anexeze documentele care atestă acest statut, precum şi datele de identificare ale acestuia, precum: nume, prenume; sex; data şi locul naşterii; adresa permanentă; cod numeric personal în România şi/sau număr personal de identificare în Republica Moldova, după caz.*

6	**Declar pe propria răspundere că în România:**	
6.1	☐ deţin ☐ nu deţin	cod numeric personal atribuit de autorităţile abilitate române
	☐ am deţinut ☐ nu am deţinut	cod numeric personal atribuit de autorităţile abilitate române
6.2	☐ primesc din România	☐ o altă pensie sau ajutor social - dosar nr. ..... ☐ pensie din alt sistem de pensii integrat sistemului public de pensii – dosar nr.: …….... ☐ pensie din alt sistem de pensii neintegrat sistemului public de pensii – dosar nr.: …… ..... ☐ indemnizaţie - dosar nr.: ……..... ☐ indemnizaţie de şomaj ☐ indemnizaţie acordată persoanelor cu handicap
6.3	Mă oblig a anunţa, în termen de 15 zile, instituţiei competente din Republica Moldova, orice schimbare ce va surveni în cele declarate mai sus, pentru ca această instituţie să poată să transmită informaţiile instituţiei competente din România	
6.4	În cazul în care nu îmi voi respecta declaraţia asumată prin prezenta cerere, mă oblig să restitui integral sumele încasate nelegal, suportând rigorile legii.	
6.5	Declar că, potrivit cunoştinţelor mele, informaţiile furnizate în această cerere sunt adevărate şi complete. Sunt de acord ca cele două instituţii de securitate socială din statele care sunt părţi contractante în acest Acord să-şi furnizeze reciproc toate informaţiile şi datele pe care le deţin relevante sau care ar putea fi relevante în soluţionarea acestei cereri de prestaţii.	
6.6	**Am citit şi completat cu atenţie conţinutul declaraţiei de mai sus, după care am semnat.**	
6.7	**Semnătura solicitantului sau reprezentantului legal** ……	6.8 **Data completării** _____/ _____ / _____ . ziua / luna / anul

PARTEA B

7	**Informaţii diverse:**
7.1	Numărul de referinţă al dosarului: în România: …….....……..……..…… în Republica Moldova: ……..…….....

7.2	Data introducerii prezentei cereri: _____/ _____ / _____ . ziua / luna / anul
7.3	Data acordării pensiei de către instituţia competentă moldavă: _____/ _____ / _____ . ziua / luna / anul
7.4	Formulare anexate: ☐ MD / RO 001 ☐ MD / RO 205 ☐ MD / RO 207 ☐ MD / RO 210 ☐ MD / RO 213
	Formulare solicitate: ☐ RO / MD 001 ☐ RO / MD 205 ☐ RO / MD 210
	Alte documente: …… ……
7.5	Observaţii: …… …… …… …… ……
7.6	☐ Exactitatea informaţiilor menţionate în prezentul formular a fost verificată de instituţia expeditoare

8	**Instituţia expeditoare**		
8.1	Denumire …… ……		
8.2	Adresă: …… ……		
8.3	Ştampilă	8.4	Dată/ Date _____/ _____ / _____ . ziua / luna / anul
		8.5	Semnătură

*Declar că am fost informat(ă) cu privire la prevederile **Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European şi al Consiliului d**in 27 aprilie 2016 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi privind libera circulaţie a acestor date şi de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecţia datelor) şi îmi dau consimţământul pentru prelucrarea şi stocarea datelor cu caracter personal în cadrul Casei Judeţene de Pensii Mureş, precum şi transmiterea şi stocarea acestor date în relaţia cu alte instituţii publice şi instituţii abilitate.*
Prelucrarea datelor este necesară în vederea îndeplinirii unei obligații legale.
Durata estimată de completare a formularului este de: 20 minute