

ACORD ÎNTRE ROMÂNIA ȘI REPUBLICA MOLDOVA ÎN DOMENIUL SECURITĂȚII 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 spațiile punctate.
Cuprinde 4 pagini; niciuna dintre acestea nu poate fi suprimată, chiar dacă nu conține informații relevante

Partea A a acestui formular se completează de către solicitantul care are domiciliul pe teritoriul României pentru a fi transmis instituției competente moldave. Solicitantul va completa și formularul RO/MD 207 „Declarație privind cariera asiguratului”, care va fi anexat prezentei solicitări. Instituția competentă română va verifica exactitatea informațiilor menționate în prezentul formular, va completa Partea B a acestui formular la care va anexa formularul RO/MD 205 „Certificat privind perioadele de asigurare”, formularul RO/MD 213 „Raport medical detaliat”, precum și toate documentele care privesc perioadele de asigurare realizate pe teritoriul Republicii Moldova precum și alte documente medicale justificative.

PARTEA A

1	Instituția destinată
1.1	Denumire: CASA NATIONALA DE ASIGURARI SOCIALE REPUBLICA MOLDOVA
1.2	Adresă: 2028 , STR. GH. TUDOR , NR.3 , CHISINAU

Subsemnatul

2	Cu următoarele date de identificare personală	
2.1	Numele:	
2.2	Prenumele:	
2.3	Numele de familie la naștere.....	
2.4	Numele și/sau prenumele anterioare:	
2.5	Sex: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Feminin	
2.6	Data nașterii _____ / _____ / _____ ziua / luna / anul	2.7 Locul nașterii: (localitatea, județul/raionul, țara)
	
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, județul)	

3	<input type="checkbox"/> Solicit transferul bancar al drepturilor ce mi se cuvin din cadrul sistemului public de pensii în <input type="checkbox"/> EURO <input type="checkbox"/> USD <input type="checkbox"/> GBP, detaliile bancare necesare efectuării transferului bancar fiind următoarele:	
3.1	Numele și prenumele titularului
3.2	Denumirea băncii
3.3	Adresa băncii
3.4	Cod de identificare bancară (BIC/SWIFT)
3.5	Numărul de cont internațional bancar (IBAN)

4		
4.1	Data la care a fost stabilit debutul invalidității _____ / _____ / _____ ziua / luna / anul	
4.2	În prezent	<input type="checkbox"/> desfășor <input type="checkbox"/> o activitate profesională salariată <input type="checkbox"/> nu mai desfășor <input type="checkbox"/> o activitate profesională independentă
	din: _____ / _____ / _____ ziua / luna / anul	
4.3	La data ivirii invalidității	<input type="checkbox"/> satisfaceam serviciului militar obligatoriu <input type="checkbox"/> eram elev, ucenic, student
4.4	Invaliditatea	<input type="checkbox"/> a survenit din cauza unui accident de muncă, a unei boli profesionale, neoplaziilor, schizofreniei sau SIDA <input type="checkbox"/> a survenit din cauza bolilor obișnuite și accidentelor care nu au legătură cu munca
4.5	<input type="checkbox"/> Am un handicap pre-existent calității de asigurat <input type="checkbox"/> Sunt nevăzător/oare/	
	De la data de: _____ / _____ / _____ ziua / luna / anul	
	Documentul care atestă handicapul	<input type="checkbox"/> este anexat <input type="checkbox"/> nu a putut fi prezentat

5		
5.1	În susținerea cererii mele depun/prezint următoarele documente, în original, spre a fi transmise de instituția competentă din Republica Moldova, în copie certificată, instituției competente din România:	
	<input type="checkbox"/> carnet de muncă	seria nr.....
	<input type="checkbox"/> livret militar	seria nr.....
	<input type="checkbox"/> act de identitate	seria nr.....
	<input type="checkbox"/> pașaport	seria nr.....
	<input type="checkbox"/> certificat de naștere	seria nr.....
	<input type="checkbox"/> diploma de absolvire a învățământului universitar și adeverința din care să rezulte durata normală, perioada studiilor și faptul că acestea au fost urmate la zi:	
	<input type="checkbox"/> dovada echivalării de către statul român a cursurilor desfășurate în cadrul unor instituții de învățământ universitar din străinătate:	
	<input type="checkbox"/> adeverință privind sporurile la salariu	nr..... din

	<input type="checkbox"/> adeverință privind grupa superioară/ condiții de muncă nr..... din <input type="checkbox"/> alte acte pentru dovedirea perioadelor de activitate și a veniturilor realizate	
5.2	Solicít ca plata să se efectueze:	
	<input type="checkbox"/> direct în România	<input type="checkbox"/> către un reprezentant legal din Republica Moldova *
5.3	Observații:	

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

6	Declar pe propria răspundere că în România:	
6.1	<input type="checkbox"/> dețin <input type="checkbox"/> nu dețin	cod numeric personal atribuit de autoritățile abilitate române
	<input type="checkbox"/> am deținut <input type="checkbox"/> nu am deținut	cod numeric personal atribuit de autoritățile abilitate române
6.2	<input type="checkbox"/> primesc din România	<input type="checkbox"/> o altă pensie sau ajutor social - dosar nr. <input type="checkbox"/> pensie din alt sistem de pensii integrat sistemului public de pensii – dosar nr.: <input type="checkbox"/> pensie din alt sistem de pensii neintegrat sistemului public de pensii – dosar nr.: <input type="checkbox"/> indemnizație - dosar nr.: <input type="checkbox"/> indemnizație de șomaj <input type="checkbox"/> indemnizație acordată persoanelor cu handicap
6.3	Mă oblig a anunța, în termen de 15 zile, instituției competente din România, orice schimbare ce va surveni în cele declarate mai sus, pentru ca această instituție să poată să transmită informațiile instituției competente din Republica Moldova .	
6.4	În cazul în care nu îmi voi respecta declarația asumată prin prezenta cerere, mă oblig să restitui integral sumele încasate nelegal, suportând rigorile legii.	
6.5	Declar că, potrivit cunoștințelor mele, informațiile furnizate în această cerere sunt adevărate și complete. Sunt de acord ca cele două instituții de securitate socială din statele care sunt părți contractante în acest Acord să-și furnizeze reciproc toate informațiile și datele pe care le dețin relevante sau care ar putea fi relevante în soluționarea acestei cereri de prestații.	
6.6	Am citit și completat cu atenție conținutul declarației de mai sus, după care am semnat.	
6.7	Semnătura solicitantului sau reprezentantului legal	6.8 Data completării / / ziua / luna / anul

PARTEA B

7	Informații diverse:
7.1	Numărul de referință al dosarului: în România: în Republica Moldova:
7.2	Data introducerii prezentei cereri: ____ / ____ / ____

	. ziuă / luna / anul
7.3	Data acordării pensiei de către instituția competentă moldavă: _____ / _____ / _____ ziua / luna / anul
7.4	Formulare anexate: <input type="checkbox"/> RO/MD 001 <input type="checkbox"/> RO/MD 205 <input type="checkbox"/> RO/MD 207 <input type="checkbox"/> RO/MD 210 <input type="checkbox"/> RO/MD 213
	Formulare solicitate: <input type="checkbox"/> MD/RO 001 <input type="checkbox"/> MD/RO 205 <input type="checkbox"/> MD/RO 210
	Alte documente:
7.5	Observații:
7.6	<input type="checkbox"/> Exactitatea informațiilor menționate în prezentul formular a fost verificată de instituția expeditoare

8	Instituția expeditoare		
8.1	Denumire		
8.2	Adresă:		
8.3	Ștampilă	8.4	Data/ Date _____ / _____ / _____ . ziuă / luna / anul
		8.5	Semnătură