

ANEXA nr. 2 la Decizia Comisiei Permanente nr. 140/03.06.2016

UNIUNEA NAȚIONALĂ A BAROURILOR DIN ROMÂNIA

NATIONAL ASSOCIATION OF THE ROMANIAN BARS

UNION NATIONALE DES BARREAUX DE ROUMANIE

București, Sector 5, Splaiul Independenței nr. 5, Tel: 021/313.48.75; 021/316.07.39; Fax: 021/313.48.80
Operator înscris în Registrul de evidență a prelucrărilor de date cu caracter personal la nr. 34779, 34781, 34782, 34783

CERERE DE AJUTOR DIN FONDUL DE SOLIDARITATE

FORMULARUL CERERII DE AJUTOR

1. INFORMAȚII PRIVIND SOLICITANTUL

1.1 SOLICITANT

Numele și prenumele:

Adresa poștală:

Adresa de poștă electronică:

Număr de telefon

Număr de fax (dacă există)

1.2 SUMA SOLICITATĂ

.....

1.3 CONTUL ÎN CARE SE SOLICITĂ VIRAREA SUMEI

Contul instituției sanitare:

sau

Alt cont decât cel al unei instituții sanitare:

2. MOTIVUL SOLICITĂRII AJUTORULUI

2.1 PERSOANA PENTRU CARE SE SOLICITĂ AJUTORUL

.....

2.2 DESCRIEREA SITUAȚIEI DE FAPT

.....

2.3 MENȚIUNI PRIVIND SUPORTAREA DE LA SISTEMUL PUBLIC DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE PENTRU CARE A OPTAT SOLICITANTUL (C.N.A.S., O.P.S.N.A.J., ETC) A COSTURILOR TRATAMENTULUI SAU A INTERVENȚIILOR MEDICALE ORI A ALTOR COSTURI SOLICITATE

2.4 MENTIUNI PRIVIND SITUAȚIA PLĂȚILOR LA SISTEMUL PUBLIC DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE PENTRU CARE A OPTAT SOLICITANTUL (C.N.A.S., O.P.S.N.A.J., ETC)

.....

2.5 DOCUMENTE DEPUSE ÎN SPRIJINUL CERERII

Se vor depune cel puțin următoarele documente:

- 1. copie de pe decizia de impunere finală pe anul anterior celui în care s-a formulat cererea;*
- 2. copie de pe decizia de impunere anticipată pe anul în curs,*
- 3. dovadă de la filiala CAA privind veniturile declarate pe anul anterior formulării cererii și anul în curs;*
- 4. copie de pe documente medicale din care să reiasă necesitatea și urgența ajutorului;*
- 5. declarația solicitantului ca se obliga să folosească suma aprobată numai în scopul pentru care a fost solicitată, iar în caz contrar se obligă a o restitui;*
- 6. dovada plății contribuției la sistemul public de asigurări de sănătate pentru care a optat solicitantul (C.N.A.S., O.P.S.N.A.J., etc)*
- 7. dovada adresării la sistem public de asigurări de sănătate pentru care a optat solicitantul și răspunsul primit;*
- 8. dovada privind cheltuielile efectuate sau care urmează a fi efectuate;*
- 9. alte documente relevante, la aprecierea solicitantului.*

DATA

.....

SEMNĂTURA

.....