ANEXA 5*)
la normele metodologice

*) Anexa nr. 5 este reprodusă în facsimil.

CERERE
pentru acordarea indemnizaţiei de sprijin/sumei fixe anuale

Către Agenţia pentru Plăţi şi Inspecţie Socială a Judeţului .....

Domnului/Doamnei director executiv

Subsemnata (ul),

Numele şi prenumele _____

_____

Cod numeric personal _____

Adresa: Str. _____

Nr. _____ Bl. _____ Sc. _____ Ap. _____ Sector _____

Mun./oraş _____

com.; sat _____

Judeţul _____

Telefon _____ Fax _____

E-mail _____

Actul de identitate*1) _____ Seria _____ Nr. _____

Eliberat de secţia de poliţie _____

În calitate de adoptator, vă rog să îmi aprobaţi acordarea:

☐ indemnizaţiei de sprijin

☐ sumei fixe anuale de 1500 lei

Pentru copilul/copiii:

1. Numele şi prenumele _____

Cod numeric personal _____

Act de identitate/act _____ Seria _____ Nr. _____

doveditor |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|

Copilul se află în una sau mai multe din următoarele situaţii:

_	are vârsta cuprinsă între 3 şi 6 ani	_	are împlinită vârsta de 7 ani
_	este încadrat în grad de handicap uşor sau mediu	_	este încadrat în grad de handicap accentuat sau grav, infectat HIV sau bolnav SIDA
_	face parte dintr-un grup de 2 fraţi adoptabili împreună	_	face parte dintr-un grup de cel puţin 3 fraţi adoptabili împreună

_ necesită servicii de recuperare/reabilitare medicale, psihologice sau de altă natură

---

*1) Actele de identitate sunt, după caz:
- B.I. - buletin de identitate
- C.I. - carte de identitate
- C.I.P. - carte de identitate provizorie

2. Numele şi prenumele _

Cod numeric personal _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Act de identitate/act doveditor _ _ _ Seria _ _ _ Nr. _ _ _ _ _ _ _ _

Copilul se află în una sau mai multe din următoarele situaţii:

_	are vârsta cuprinsă între 3 şi 6 ani	_	are împlinită vârsta de 7 ani
_	este încadrat în grad de handicap uşor sau mediu	_	este încadrat în grad de handicap accentuat sau grav, infectat HIV sau bolnav SIDA
_	face parte dintr-un grup de 2 fraţi adoptabili împreună	_	face parte dintr-un grup de cel puţin 3 fraţi adoptabili împreună

_ necesită servicii de recuperare/reabilitare medicale, psihologice sau de altă natură

3. Numele şi prenumele _

Cod numeric personal _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Act de identitate/act doveditor _ _ _ Seria _ _ _ Nr. _ _ _ _ _ _ _ _

Copilul se află în una sau mai multe din următoarele situații:

- [ ] are vârsta cuprinsă între 3 și 6 ani
- [ ] este încadrat în grad de handicap ușor sau mediu
- [ ] face parte dintr-un grup de 2 frați adoptabili împreună
- [ ] are împlinită vârsta de 7 ani
- [ ] este încadrat în grad de handicap accentuat sau grav, infectat HIV sau bolnav SIDA
- [ ] face parte dintr-un grup de cel puțin 3 frați adoptabili împreună
- [ ] necesită servicii de recuperare/reabilitare medicale, psihologice sau de altă natură

Copilul/Copiii este/sunt adoptat/adoptați în baza Hotărârii/Certificatului de grefă nr. ..... emise/emis de Tribunalul ..... la data de ..... .

Doresc să primesc indemnizația de sprijin/suma fixă:

- la domiciliu prin mandat poștal [ ]
- în contul bancar nr. _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ deschis la banca

---

Cunoscând prevederile art. 326 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, cu privire la falsul în declarații, declar pe propria răspundere că datele și informațiile prezentate sunt complete și corespund realității.

Data ..... Semnătura .....