

CERERE
pentru acordarea pensiei de invaliditate

Către Casa de Pensii Sectorială a
Serviciului Român de Informații

Subsemnatul (a) _____, având codul numeric personal _____, domiciliat (ă) în localitatea _____, str. _____ nr. __, bl. __, sc. __, et. __, ap. __, județul _____, posesor (posesoare) al (a) actului de identitate seria __ nr. _____, eliberat de _____ la data de _____, născut (ă) la data de _____ în localitatea / județul _____, fiul (fiica) lui _____ și al (a) _____, **solicit înscrierea la pensie de invaliditate.**

Pentru determinarea bazei de calcul folosită pentru stabilirea pensiei militare potrivit Legii nr. 223/2015, cu modificările și completările ulterioare, aleg următoarele 6 luni consecutive, de la (lună/an) _____ până la (lună/an) - _____, în condițiile art. XVI alin. (5) din Legea nr. 282/2023 pentru modificarea și completarea unor acte normative din domeniul pensiilor de serviciu și a Legii nr. 227/2015 privind Codul Fiscal, cu modificările și completările ulterioare.

Pentru determinarea bazei de calcul folosită pentru stabilirea pensiei militare potrivit Legii nr. 223/2015, cu modificările și completările ulterioare, aleg următoarea perioadă de _____ luni consecutive, de la (lună/an) _____ până la (lună/an) _____.

În acest scop, depun următoarele acte:

- carnet de muncă seria _____ nr. _____, în original;
- carnet de asigurări sociale seria _____ nr. _____, în original;
- livret militar seria _____ nr. _____, în copie certificată;
- buletin / carte de identitate seria _____ nr. _____, în copie certificată;
- certificat de naștere seria _____ nr. _____ și/sau certificat de căsătorie seria _____ nr. _____, în copie certificată;
- diploma de studii și foaia matricolă, în copii certificate, sau adeverință de certificare a perioadelor de studii de învățământ superior nr. _____ din _____;
- adeverința privind grupa superioară / condițiile de muncă _____, în original;

- alte acte pentru dovedirea perioadelor de activitate și a veniturilor realizate nr. _____ din _____, în original;
- decizia medicală asupra capacității de muncă, în original.

Declar pe propria răspundere, sub sancțiunile prevăzute de Codul penal pentru declarații false, că:

- sunt / nu sunt asigurat (ă);
- primesc / nu primesc o altă pensie sau ajutor social - dosar nr. _____;
- primesc/nu primesc pensie din alt sistem de pensii integrat sistemului public de pensii - dosar nr. _____;
- primesc/nu primesc pensie din alt sistem de pensii neintegrat sistemului public de pensii - dosar nr. _____;
- primesc / nu primesc indemnizație - dosar nr. _____;
- primesc / nu primesc indemnizație de șomaj;
- primesc / nu primesc indemnizație acordată persoanelor cu handicap.

Mă oblig să anunț casei de pensii sectoriale orice schimbare în situația proprie, de natură să conducă la modificarea condițiilor în funcție de care îmi este stabilită sau mi se plătește pensia, în termen de 15 zile de la data apariției acesteia.

În cazul în care nu îmi voi respecta declarația asumată prin prezenta cerere, mă oblig să restitui integral sumele încasate nelegal, suportând rigorile legii.

Am completat și am citit cu atenție conținutul declarației de mai sus, după care am semnat.

Data _____

Semnătura _____

Date de contact:

Telefon _____

E-mail _____