

FORMULAR

pentru acordarea ajutorului de urgență HG 782/31.08.2023

însotitorii persoanelor rănite care sunt tratate în străinătate

Subsemnata / Subsemnatul

NUME

PRENUME

COD NUMERIC PERSONAL

Act de identitate

CI / BI Seria Nr..... Eliberat de

Cu domiciliul în:

Localitate Judet

Str.

Nr. Bl. Sc. Ap. Sector

Telefon Email

Având calitatea de însoțitor al persoanei rănite care este tratată în străinătate

soț/soție părinte copil nepot altă rudă

Vă rog să-mi aprobați acordarea ajutorului de urgență cf. HG 782/31.08.2023 privind acordarea unor ajutoare de urgență familiilor și persoanelor afectate de tragicul eveniment produs în data de 26 august 2023 în localitatea Crevedia județul Dâmbovița

Persoana rănită

NUME

PRENUME

COD NUMERIC PERSONAL

Act de identitate

CI / BI Seria Nr..... Eliberat de

Aflată la tratament în

Statul Localitate

Unitatea spitalicească

Număr de zile de spitalizare

Plata pentru acordarea ajutorului de urgență se va face în:

Cont bancar	Număr cont bancar
	Deschis la banca

Am luat la cunoștință faptul că, în situația în care numărul de zile pentru care s-a efectuat plata ajutorului este mai mare decât cel efectiv înregistrat , am obligația de a returna sumele suplimentare la agenția teritorială care a efectuat plata ajutorului de urgență, în termen de maximum 30 de zile lucrătoare

Prin semnarea prezentei am luat la cunoștință că cele declarate sunt corecte și complete, iar declararea necorespunzătoare a adevărului se pedepsește conform legii penale.

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal în scopul acordării ajutorului de urgență, precum și prelucrarea în scop statistic a acestora

Data

Semnătura

*) Se va atașa copia actului de identitate al însoțitorului persoanei rănite care este tratată în străinătate