

FORMULAR
pentru acordarea ajutorului de urgență HG
782/31.08.2023 persoanei ranite spitalizate si externate

Subsemnata / Subsemnatul

NUME
PRENUME
COD NUMERIC PERSONAL
<hr/>	
Act de identitate	
<input type="checkbox"/> CI / <input type="checkbox"/> BI	Seria Nr..... Eliberat de
<hr/>	
Cu domiciliul în:	
Localitate	Judet
Str.	
Nr.	Bl. Sc. Ap. Sector
Telefon	Email

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

Având calitatea de persoană rănită care a fost spitalizată și externată.	
Internat în perioada
Județul.....	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 după actul de identitate al persoanei ranite și externate