

ACORD ÎNTRE ROMÂNIA ȘI STATELE UNITE ALE AMERICII ÎN DOMENIUL SECURITĂȚII SOCIALE
AGREEMENT BETWEEN ROMANIA AND USA ON SOCIAL SECURITY

**CERERE PENTRU PENSA DE INVALIDITATE
CLAIM FOR AN INVALIDITY PENSION**

*Articolele 8-14 din Acord/ Articles 8-14 of the Agreement
Articolul 4 din Aranjamentul administrativ/ Article 4 of the Administrative Agreement*

Partea A a acestui formular se completează de către solicitantul care are locul de ședere obișnuită pe teritoriul Statelor Unite ale Americii pentru a fi transmis instituției competente din România. Solicitantul va completa și formularul US/RO 207 "Declarație privind cariera asiguratului" care va fi anexat prezentei solicitări. Instituția competentă din Statele Unite ale Americii va verifica exactitatea informațiilor menționate în prezentul formular, va completa Partea B a acestui formular la care va anexa formularul US/RO 3 "Formular de legătură" și "Raportul Medical Detaliat". Trebuie anexate, de asemenea, toate documentele care privesc perioadele de asigurare realizate pe teritoriul României, precum și alte documente medicale justificative.

Part A of this form must be filled in by the claimant who has his habitual place of stay in USA to be sent to the competent institution from Romania. The claimant shall fill in the form US/RO 207 "Declaration regarding the insured's career" which will be attached to the present request. The US competent institution shall verify the accuracy of the information mentioned in this form, fill in the Part B of this form and attach the US/RO 3 "Liaison form" and "Detailed Medical Report". Also, It must be attached all the documents attesting the insurance periods accomplished in Romania and other supporting medical documents.

PARTEA A/ PART A

1	Instituția destinată / Receiving institution
1.1	Denumire / Name of Agency :
1.2	Adresă / Address:

Subsemnatul / I

2	Cu următoarele date de identificare personală/ With the following personal identification data	
2.1	Numele / Family name:	
2.2	Prenumele / First name:	
2.3	Numele de familie la naștere / Family name at birth	
2.4	Numele anterioare, dacă este cazul / Previous names, if applicable:	
2.5	Sex/ Sex : ☐ Masculin/ Male ☐ Feminin/ Female	
2.6	Data nașterii Date of birth ____ / ____ / ____ ziua/day / luna/month / anul/year	2.7 Locul nașterii/ Place of birth: (localitatea, județul, țara/ town, county, country)
2.8	Adresa / Address:.....	
2.9	Cod Numeric Personal (CNP) în România/ Personal identification no. (PIN) in Romania:	
2.10	Numărul de securitate socială (SSN) în Statele Unite ale Americii / Social Security Number (SSN) in US:	

3	☐ Solicit transferul bancar al drepturilor ce mi se cuvin din cadrul sistemului public de pensii în ☐ USD, detaliile bancare necesare efectuării transferului bancar fiind următoarele ¹ / I request the bank transfer of my rights from the public pension system to which am entitled to in ☐ USD, the bank information needed for the bank transfer are detailed below:	
3.1	Numele și prenumele titularului/ Family name and first name for the owner	
3.2	Denumirea băncii/ Bank name	
3.3	Adresa băncii/ Address of the bank	
3.4	Cod de identificare bancară (BIC/SWIFT) Bank identification code (BIC/SWIFT)	
3.5	Numărul de cont internațional bancar (IBAN)/ International bank account number (IBAN)	

4		
4.1	Data la care a fost stabilit debutul invalidității/ Date which has been determined as the commencement of invalidity _____ / _____ / _____ ziua/day / luna/month / anul/year	
4.2	În prezent/ At present	☐ desfășor / I'm pursuing ☐ nu mai desfășor / I'm not pursuing ☐ o activitate profesională salariată / an employed activity ☐ o activitate profesională independentă / a self employed activity
	din/ since: _____ / _____ / _____ ziua/day / luna/month / anul/year	
4.3	La data ivirii invalidității/ At the commencement of invalidity	☐ eram elev, ucenic, student/ was pupil, apprentice, student
4.4	Invaliditatea/ Invalidity	☐ a survenit din cauza unui accident de muncă, a unei boli profesionale/ have occurred because of a work accident, an occupational disease ☐ a survenit din cauza bolilor obișnuite și accidentelor care nu au legătură cu munca/ have occurred because of common diseases or accidents unrelated with work
4.5	De la data de / since: _____ / _____ / _____ ziua/day / luna/month / anul/year	
	Documentul care atestă handicapul/ The document certifying the handicap	☐ este anexat/ it's attached ☐ nu a putut fi prezentat/ it couldn't be attached

5		
5.1	În susținerea cererii mele depun/prezint următoarele documente, în original, spre a fi transmise de instituția competentă din Statele Unite ale Americii, în copie certificată conform cu originalul, instituției competente din România/ I submit, in support of my application, the following documents in original to be sent by the competent institution of USA, v in certified copy for conformity with the original, to the competent institution in Romania: ☐ carnet de muncă seria nr., în original și copie work book series no., in original and copy; ☐ carnetul de pensii și asigurări sociale pentru membrii CAP, în original și copie/ pension and social insurance book for CAP members, in original and copy; ☐ carnetul de pensii și asigurări sociale pentru țăranii cu gospodărie individuală din zonele necooperativizate, în original și copie/ pension and social insurance book for peasants with individual households in non-cooperative areas, in original and copy; ☐ carnetul de asigurări sociale seria.....nr., în original și copie, dacă este cazul/ social insurance book series.....no., in original and copy, if applicable; ☐ livretul militar, în original și copie/ military record book, in original and copy;	

	☐ buletin/carte de identitate/pasaport seria nr., în copie/ ID card/passport series.....no., in copy; ☐ certificat de naștere și/sau certificate de căsătorie seria nr., în copie/ birth certificate and/or marriage certificates series no., in copy; ☐ diploma de studii însoțită de foaia matricolă sau de adeverință de certificare a perioadelor de studii învățământ superior nr. din....., copie /original, după caz/ diploma accompanied by the transcript or certificate certifying the periods of higher education studies no. of....., copy/original, as the case may be; ☐ adeverință privind sporurile la salariu nr. din, în original/ certificate regarding salary increases no. from, in original; ☐ adeverință privind grupa superioară/condiții de muncă nr. din, în original/ certificate regarding the superior group/working conditions no. from, in original; ☐ alte acte pentru dovedirea perioadelor de activitate și a veniturilor realizate, în original/ other documents to prove the periods of activity and the income achieved, in original; ☐ adeverință din care să reiasă data încetării plății indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă sau, după caz, data încetării calității de asigurat, în original /certificate stating the date of cessation of payment of the temporary incapacity benefit or, as the case may be, the date of cessation of the insured person's status, in original; ☐ decizia medicală asupra capacității de muncă nr. din, în original/ medical decision on work capacity no. of, in original; ☐ FIAM pentru accident de muncă nr. din, în copie/ FIAM for work accident no. of, in copy; ☐ BP2 pentru boală profesională nr. din, în copie/ BP2 for occupational disease no. of, in copy; ☐ adeverință eliberată de angajatorul/angajatorii la care își desfășoară activitatea, cu datele de identificare ale acestuia/acestora, în vederea informării cu privire la emiterea deciziei de pensie, în original/certificate issued by the employer(s) where they work, with their identification data, in order to inform them about the issuance of the pension decision, in original; ☐ copia certificatului care să ateste aplicarea legislației de securitate socială din România, în cazul în care accidentul de muncă s-a produs pe teritoriul Statelor Unite ale Americii/ copy of the certificate attesting to the application of the Romanian social security legislation, if the work accident occurred on the territory of US; ☐ procura specială, pentru mandatar, în original și copie, dacă este cazul/ special mandate, for the authorized representative, in original and copy, if applicable; ☐ declarație pe propria răspundere pentru determinarea statului de ședere obișnuită/ declaration on one's own responsibility for determining the state of habitual residence.
5.2	☐ Optez ca data acordării de către instituția competentă din România a drepturilor de pensie să fie*/ I choose the date for granting the pension rights from the competent institution from Romania to be*: ziua/day / luna/month / anul/year <i>*se va completa numai în cazul în care solicitantul dorește înscrierea la pensia de invaliditate la o dată ulterioară celei la care îndeplinește condițiile prevăzute de legislația în vigoare din România/</i> <i>to be filled in only if the claimant wishes the invalidity pension rights to be granted at a later date than the date when he meets the legal conditions in Romania</i> Optez pentru pensie invaliditate / I opt for the invalidity pension ☐ Da/Yes ☐ Nu/No
5.3	Solicit ca plata să se efectueze/ I request the payment to be made:

	☐ direct în Statele Unite ale Americii / directly to US	☐ către un reprezentant legal din România / to a legal representative in Romania:
5.4	Observații / Observations:	

* În cazul în care se optează pentru efectuarea plății drepturilor de pensie către un reprezentant legal, este necesar să se anexeze documentele care atestă acest statut, precum și datele de identificare ale acestuia, precum: nume, prenume; sex; data și locul nașterii; adresa permanentă; cod numeric personal în România și/sau număr personal de identificare în Statele Unite ale Americii, după caz.

* In the case of opting for the payment of pension rights to a legal representative, it is necessary to attach the documents attesting this statute, as well as the identifying data of the latter, such as: name, surname; sex; date and place of birth; permanent address; personal identification number in Romania and/or Social Security Number (SSN) in US; as appropriate.

6	Declar pe propria răspundere că în România/ I declare on my honour that in Romania:	
6.1	☐ dețin / I own ☐ nu dețin / I don't own	cod numeric personal atribuit de autoritățile abilitate române / Personal identification no. set by Romanian authorities
	☐ am deținut / I owned ☐ nu am deținut / I didn't own	cod numeric personal atribuit de autoritățile abilitate române / Personal identification no. set by Romanian authorities
6.2	☐ sunt / I am ☐ nu sunt / I am not	Asigurat/insured
6.3	☐ primesc din România/ ☐ I receive in Romania	☐ o altă pensie sau ajutor social / <i>another pension or social assistance</i> - dosar nr./ file no..... tip pensie ☐ limită de vârstă ☐ anticipată ☐ invaliditate ☐ urmaș type of pension ☐ age limit ☐ early retirement ☐ invalidity ☐ survivor ☐ nr decizie institutia debitoare (CTP)/ debtor institution decision no. (CTP) ☐ pensie din alt sistem de pensii integrat sistemului public de pensii / pension from another pension system non-integrated to the public pension system - dosar nr. / no file: ☐ pensie din alt sistem de pensii neintegrat sistemului public de pensii / pension from another pension system non-integrated to the public pension system - dosar nr. / no file: ☐ indemnizație / indemnity - dosar nr. / no file: ☐ indemnizație de șomaj / unemployment benefit ☐ indemnizație acordată persoanelor cu handicap / indemnity paid to people with disabilities ☐ Declar că îmi exprim acordul cu privire la prelucrarea datelor, în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției, cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor). I declare that I express my consent to the processing of data, for the purpose and for the fulfillment of the legal duties of the institution, in compliance with the provisions of Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing Directive 95/46/EC (General Data Protection Regulation).
6.4	Mă oblig a anunța, în termen de 15 zile, instituției competente din Statele Unite ale Americii, orice schimbare ce va surveni în cele declarate mai sus, pentru ca această instituție să poată să transmită informațiile instituției competente din România I oblige to announce, within 15 days, the competent institution of USA, any change which will occur in the above mentioned, so this institution will be able to submit information to the competent institution in Romania	
6.5	În cazul în care nu îmi voi respecta declarația asumată prin prezenta cerere, mă oblig să restitui integral sumele încasate nelegal, suportând rigorile legii. If I will not comply to the present declaration assumed by this request, I undertake to repay the illegal amounts received, supporting the rigors of the law.	
6.6	Declar că, potrivit cunoștințelor mele, informațiile furnizate în această cerere sunt adevărate și complete. Sunt de acord ca cele două instituții de securitate socială din statele care sunt Părți ale acestui Acord să-și furnizeze reciproc toate	

	informațiile și datele pe care le dețin relevante sau care ar putea fi relevante în soluționarea acestei cereri de prestații I declare that, to the best of my knowledge, the information given in this application is true and complete. I authorize both social security institutions of the states which are Parties to this Agreement to provide each other all the information and evidence in their possession which relate or could relate to this application for benefits.	
6.7	Am citit și completat cu atenție conținutul declarației de mai sus, după care am semnat / I have carefully read and complete the above statement, and consequently I signed.	
6.8	Semnătura solicitantului sau reprezentantului legal / Claimant's or legal representative's signature 	6.8 Data completării/Filling in date / / ziua/day / luna/month / anul/year

PARTEA B/ PART B

7	Informații diverse/ Miscellaneous information:	
7.1	Numărul de referință al dosarului / Reference number of the file: în România / in Romania: Număr de Securitate Socială (SSN) în Statele Unite ale Americii / U.S Social Security Number :	
7.2	Data introducerii prezentei cereri /Date claim filed : / / ziua/day / luna/month / anul/year	
7.3	Data acordării pensiei de către instituția competentă din Statele Unite ale Americii / Date of Entitlement in US: / / ziua/day / luna/month / anul/year	
7.4	Formulare anexate / Attached forms: ☐ Certified Earnings Records (ICERS) ☐ USA/RO 3 ☐ USA/RO 207 ☐ Medical Evidence/Documente Medicale ☐ Detailed Medical Report/Raport Medical Detaliat Formulare solicitate / Forms required: ☐ RO/USA 205 ☐ RO/USA 210 ☐ RO/USA 3 (SSA 2960) Alte documente / Other documents:	
7.5	Observații / Remarks	
7.6	☐ Exactitatea informațiilor menționate în prezentul formular a fost verificată de instituția expeditoare / The accuracy of the information mentioned in this form was verified by the sending institution	

8	Instituția expeditoare/The sending institution		
8.1	Denumire / Name of Agency		
8.2	Adresă / Address:		
8.3	Semnătură și ștampilă/ Signature and stamp	8.4	Dată/ Date / /

			ziua/day / luna/month / anul/year

*Cererea de pensionare care nu a putut fi completată de către solicitant cu toate documentele necesare stabilirii dreptului, în termen de 6 luni de la data înregistrării, se soluționează prin Decizie de respingere / *The retirement application that could not be completed by the applicant with all the documents necessary to establish the right, within 6 months from the date of registration, is resolved by a Decision of Rejection.