# Anexa nr. 1

# Formular de solicitare a ajutorului

(Conform platformei EPIDS – Serviciul de Telecomunicații Speciale STS)

## 1. Date de identificare ale solicitantului

Nume: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prenume: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Număr telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresă e-mail (opțional): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## 2. Date de identificare ale persoanelor care locuiesc împreună cu solicitantul

Persoana 1:

Nume: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prenume: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Persoana 2:

Nume: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prenume: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\_(Se vor putea adăuga câte câmpuri sunt necesare, în funcție de numărul persoanelor)\_*

## 3. Date de identificare ale locului de consum

Cod POD (Punct de consum): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Strada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Număr: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bloc: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Scara: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Etaj: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apartament: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Localitate: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Județ/Sector: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cod poștal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## 4. Informații suplimentare (după caz)

☐ Solicitantul este încadrat în grad de handicap grav, accentuat sau mediu.

☐ Solicitantul sau o persoană dintre cele menționate la locul de consum este dependent de dispozitive electrice medicale.

* Numele/prenumele persoanei (una sau mai multe dintre cele menționate la punctul 2)

☐ Solicitantul obține venituri din sistemul național de apărare, case de pensii sectoriale și/sau neintegrate în sistemul național de pensii.

• Specificați tipul de venit și nivelul net al acestuia, potrivit art. 5 alin.(1) lit.a) – d): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## 5. Documente necesare pentru atașare

☐ dovada medicală a necesității utilizării dispozitivului/dispozitivelor electrice medicale

☐ rezultatul verificării în teren prevăzută la art. 12 din ordonanța de urgență, dacă este cazul

## 6. Declarație pe proprie răspundere

☐ Declar că informațiile furnizate sunt complete și corecte.

☐ Sunt de acord ca datele personale să fie prelucrate în conformitate cu legislația în vigoare, exclusiv în scopul evaluării eligibilității pentru acordarea sprijinului și transmiterii tichetului electronic de energie.

☐ Sunt de acord ca pentru solicitarea sprijinului, datele personale să fie prelucrate în conformitate cu legislația în vigoare, de către personalul oficiului postal/de către personalul autorității administrației publice locale exclusiv în scopul evaluării eligibilității pentru acordarea sprijinului și transmiterii tichetului electronic de energie

☐ Declar că la adresa indicată locuiesc împreună cu persoanele menționate la punctul 2 din prezenta solicitare și că aceasta este adresa unică de corespondență.

**7. Doresc să primesc comunicările, respectiv tichetul electronic de energie:**

☐ prin aplicație, la adresa de e-mail menționată la punctul 1

☐ în format fizic, prin serviciile Companiei Naționale Poșta Română SA

Data completării: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_