

**INSTRUMENTAREA UNEI CERERI DE PENSIE DE INVALIDITATE**

Persoana interesată completează acest formular, cu informațiile pe care le cunoaște, asumându-și veridicitatea celor declarate prin semnătură.  
Prezentul formular face parte integrantă din dosarul de pensie al lucrătorului migrant.  
Pe baza celor declarate prin intermediul acestui formular, casele teritoriale de pensii completează formularul E 202.

**1** Instituția căreia îi este adresat formularul (casa județeană de pensii)

1.1 Denumire : .....

1.2 Adresa <sup>(3)</sup> : .....

.....

**A. Informații privind subsemnatul (asiguratul) <sup>(3a)</sup>**

**2.**

2.1 Nume de familie <sup>(4)</sup> : .....

2.2 Nume la naștere <sup>(4)</sup> : .....

2.3 Prenume <sup>(5)</sup> : .....

2.4 Nume purtate anterior <sup>(6)</sup> : .....

2.5 Sex <sup>(7)</sup> : .....

2.6 Numele și prenumele tatălui <sup>(8)</sup> : .....

2.7 Numele și prenumele mamei la naștere <sup>(8)</sup> : .....

2.8 Stare civilă :

necăsătorit

divorțat <sup>(9)</sup>

separat

Începând cu data de ..... <sup>(10)</sup> Începând cu data de ..... <sup>(10)</sup>

căsătorit

recăsătorit <sup>(9)</sup>

văduv sau văduvă

Începând cu data de ..... <sup>(10)</sup> Începând cu data de ..... <sup>(10)</sup> Începând cu data de ..... <sup>(10)</sup>

care conviețuiește cu o altă persoană

Începând cu data de ..... <sup>(11) (12) (13)</sup>

2.9 Codul fiscal <sup>(14)</sup> : .....

și codul fiscal al districtului : .....

2.10 Nr. asigurării <sup>(2) (15)</sup> : .....

**3.** Cetățenie <sup>(16) (17)</sup> : .....

**4.** Detalii despre naștere <sup>(18)</sup>

4.1 Data nașterii <sup>(18)</sup> : .....

4.2 Locul nașterii <sup>(19)</sup> : .....

4.3 Provincia, departamentul, regiune <sup>(20)</sup> : .....

4.4 Țara <sup>(21)</sup> : .....

**5.** Adresa și detalii bancare

5.1 Adresa <sup>(3) (22) (23)</sup> : .....

.....

5.2 Detaliile bancare sau adresa pentru plata directă : .....

Numele subsemnatului așa cum este înregistrat la bancă : .....

Denumirea băncii : .....

Adresa băncii : .....

Cod de identificare bancară (BIC/SWIFTT) : .....  
Numărul de cont internațional bancar (IBAN) : .....

6.

- 6.1 Număr de asigurare la instituția de înregistrare: .....
- 6.2 Numărul de referință al dosarului la instituția care instrumentează cererea :  
.....

7.

- 7.1 Data la care a fost determinat începutul invalidității :  
.....
- 7.2 Data de început a incapacității de muncă, urmată de invaliditate : .....
- 7.3 Subsemnatul
- desfășor încă  nu mai desfășor
- o activitate salarială  o activitate în calitate de funcționar public <sup>(23a)</sup>  o activitate independentă
- 7.4 Dacă persoana desfășoară o activitate salarială sau o activitate ca funcționar public <sup>(23a)</sup> <sup>(24)</sup>
- Cuantumul salariului : .....
- Numărul de ore lucrate : .....
- 7.5 Data încetării activității profesionale
- în calitate de lucrător salariat : .....
- în calitate de lucrător independent : .....
- ca funcționar public <sup>(23a)</sup> : .....
- 7.6 Natura acestei activități <sup>(24a)</sup> :
- Dacă desfășoară o activitate ca lucrător independent, indicați cuantumul venitului profesional <sup>(25)</sup> :  
.....
- 7.7 Natura acestei activități : .....
- 7.8 Alte resurse cunoscute (cuantumul și natură) <sup>(26)</sup> : .....
- 7.9  Declar că nu are niciun venit <sup>(27)</sup>.
- 7.10 Invaliditatea
- este prezumată  nu este prezumată a fi fost cauzată de un terț responsabil.
- rezultă  nu rezultă dintr-un accident de muncă sau boală profesională <sup>(28)</sup> .
- rezultă  nu rezultă dintr-un accident care nu are legătură cu munca sau cu boala profesională <sup>(29)</sup> .
- rezultă  nu rezultă din leziuni sau afecțiuni provocate sau apărute în timpul desfășurării profesiei <sup>(28a)</sup> .
- rezultă  nu rezultă dintr-un accident legat de exercitarea profesiei sau o boală profesională în conexiune cu condițiile particulare de exercitare a profesiei <sup>(28a)</sup> .
- este prezumată  nu este prezumată a fi fost cauzată de solicitant în mod intenționat <sup>(50)</sup>
- 7.11 La data debutului incapacității de muncă
- eram asigurat la asigurarea de invaliditate a lucrătorilor
- eram asigurat la asigurarea de invaliditate a altor persoane
- nu eram asigurat la asigurarea de invaliditate

8.

- 8.1 De la debutul incapacității de muncă
- am urmat cursuri de recuperare a capacității de muncă
- nu am urmat cursuri de recuperare a capacității de muncă
- am fost supus unei reconversii profesionale
- nu am fost supus unei reconversii profesionale
- 8.2 In caz afirmativ, a se preciza în vederea cărui loc de muncă : .....

8.3 Angajatorul pentru care am ocupat acest nou loc de muncă :  
 .....  
 Denumirea angajatorului sau firmei : .....  
 Adresă <sup>(3)</sup> : .....

8.4 Data începerii și terminării ocupării sale (IBAN) :  
 .....

9. ....

9.1	Subsemnatul	am solicitat următoarele prestații	beneficiez de următoarele prestații
9.2	Continuarea plății salariului în caz de boală	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3	Prestații în bani pentru incapacitate de muncă în cadrul asigurărilor de boală	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4	Alocații de recuperare a capacității de muncă	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alocații în caz de reconversie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5	Pensie de invaliditate <sup>(30)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.6	Pensie de bătrânețe <sup>(30)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.7	Pensie de urmaș <sup>(30)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.8	Prestații ca urmare a unui accident de muncă sau a unei boli profesionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.9	Prestații de șomaj sau de pensie anticipată	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.10	Prestații pentru asistența din partea unei terțe persoane <sup>(31)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.11	Prestații familiale <sup>(32)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.12	Rambursarea contribuțiilor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.13	Transferul contribuțiilor <sup>(33)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.14	Alte prestații (vă rugăm precizați)	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
9.15	Instituția(-ții) responsabilă (responsabile) pentru plata prestațiilor menționate la punctele 9.2 - 9.11 (denumirea, adresa <sup>(3)</sup> , numărul prestației) :		
	9. ....		
	9. ....		
	9. ....		
	9. ....		

9.16 Informații suplimentare privind prestațiile menționate la punctele 9.2 - 9.11

Prestații	Număr de referință al dosarului	Perioada sau data acordării	Cuantum
9. ....	.....	.....	<input type="checkbox"/> zilnic <input type="checkbox"/> săptămânal <input type="checkbox"/> lunar <input type="checkbox"/> anual
9. ....	.....	.....	<input type="checkbox"/> zilnic <input type="checkbox"/> săptămânal <input type="checkbox"/> lunar <input type="checkbox"/> anual
9. ....	.....	.....	<input type="checkbox"/> zilnic <input type="checkbox"/> săptămânal <input type="checkbox"/> lunar <input type="checkbox"/> anual

**B. Informații privind membrii de familie ai subsemnatului**

11	<input type="checkbox"/> Soțul <sup>(13) (17) (35)</sup>	<input type="checkbox"/> Partenerul coabitant <sup>(11)</sup>
11.1	Nume de familie <sup>(4)</sup> : .....	
	Numărul de identificare/asigurare <sup>(2) (15) (17)</sup> : .....	
11.2	Prenume : .....	
	Nume purtate anterior : .....	
11.3	Data nașterii : .....	
	Locul nașterii <sup>(19)</sup> : .....	
11.4	Adresă <sup>(3)</sup> : .....	
	.....	
	.....	
11.5	Data căsătoriei /începerii conviețuirii: .....	
	Persoana asigurată locuiește la același domiciliu cu soțul sau partenerul?	
	<input type="checkbox"/> Da, de la data : .....	
	<input type="checkbox"/> Nu : .....	
	<input type="checkbox"/> Nu mai locuiește, de la data : .....	
11.6	Soțul/Partenerul	<input type="checkbox"/> desfășoară <input type="checkbox"/> nu desfășoară o activitate profesională
		<input type="checkbox"/> realizează <input type="checkbox"/> nu realizează alte venituri
11.7	In caz afirmativ, cuantumul veniturilor este:	
	<input type="checkbox"/> pe săptămână <sup>(36)</sup> .....	<input type="checkbox"/> pe lună <sup>(37)</sup> .....
		<input type="checkbox"/> pe an <sup>(38)</sup> .....
11.8	Soțul/Partenerul	
	<input type="checkbox"/> a depus o cerere de pensie în sistemul	
	<input type="checkbox"/> salariaților	
	<input type="checkbox"/> funcționarilor publici <sup>(38a)</sup>	
	<input type="checkbox"/> lucrătorilor independenți	
	<input type="checkbox"/> este titularul unei pensii	<input type="checkbox"/> nu este titularul unei pensii
	În caz afirmativ, a se indica :	
11.9	Tipul pensiei : .....	
11.10	Numărul pensiei <sup>(17)</sup> : .....	
11.11	Instituția responsabilă de plată: .....	
	.....	
11.12	Cuquantum	<input type="checkbox"/> lunar <input type="checkbox"/> trimestrial <input type="checkbox"/> anual : .....
11.13	Soțul/partenerul	<input type="checkbox"/> beneficiază <input type="checkbox"/> nu beneficiază de alte prestații <sup>(39)</sup>
	<input type="checkbox"/> șomaj <input type="checkbox"/> boală <input type="checkbox"/> invaliditate <input type="checkbox"/> altele	
11.14	Data acordării dreptului la prestații: .....	
11.15	Cuquantum	<input type="checkbox"/> lunar <input type="checkbox"/> trimestrial <input type="checkbox"/> anual : .....
11.16	Alte resurse cunoscute : Natura : .....	
	Cuquantum <sup>(40)</sup> : .....	

12. Copii <sup>(13)</sup> <sup>(17)</sup>

12.1	Nume <sup>(4)</sup> <sup>(17)</sup>	Prenume	Locul și data nașterii, căsătoriei sau decesului <sup>(41)</sup>	Gradul de rudenie (ex. copil propriu, copil adoptat, copil vitreg)
1.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
4.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....

13. Ascendenți și alți membrii ai gospodăriei <sup>(47)</sup>

13.1	Nume <sup>(4)</sup>	Prenume	Data nașterii	Legătura de rudenie
1.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
3.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
4.	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....
13.2	Adresa <sup>(3)</sup> <sup>(44)</sup> : .....			
	.....			
	.....			
13.3	Observații : .....			
	.....			
	.....			

**C. Informații diverse**

**14**

14.1 Documente anexate în sprijinul cererii de \_\_\_\_\_

.....  
.....  
.....

**15** Date despre persoana care completează formularul RO 204

15.1 Nume și prenume : .....

15.2 Adresa <sup>(3)</sup> : .....

.....

15.3 Semnătura ..... 15.4 Data .....

## INSTRUCȚIUNI

**Acest formular trebuie să fie completat cu majuscule sau dactilografiat, utilizând doar spațiile punctate.  
Cuprinde 11 pagini; niciuna dintre acestea nu poate fi suprimată, chiar dacă nu conține informații relevante.**

### NOTE

- (1) Sigla țării căreia aparține instituția care completează formularul: BE = Belgia; CZ = Republica Cehă; DK = Danemarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spania; FR = Franța; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipru; LV = Letonia; LT = Lituania; LU = Luxemburg; HU = Ungaria; MT = Malta; NL = Olanda; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portugalia; SI = Slovenia; SK = Slovacia; FI = Finlanda; SE = Suedia; UK = Regatul Unit al Marii Britanii; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Elveția.
- (2) Dacă formularul este trimis unei instituții din Cehia, a se preciza numărul nașterii; în cazul instituțiilor cipriote, pentru cetățenii ciprioți, se va preciza numărul cipriot de identificare, în cazul cetățenilor străini, numărul Certificatului de înregistrare a Străinilor (Alien Registration Certificate) (ARC); dacă formularul este trimis unei instituții daneze, a se preciza numărul CPR; dacă formularul este destinat unei instituții finlandeze, a se preciza numărul de identificare din registrul de evidență a populației; pentru instituțiile suedeze, a se preciza numărul personal (personnummer); pentru instituțiile islandeze, numărul personal de identificare (kennitala); pentru instituțiile din Liechtenstein, a se preciza numărul de asigurare AHV; în cazul instituțiilor din Lituania, a se preciza numărul personal de identificare; în cazul instituțiilor din Letonia, a se preciza numărul de identitate; pentru cele din Malta, în cazul propriilor cetățeni, a se preciza numărul cardului de identitate iar, în cazul cetățenilor străini, numărul maltez de securitate socială; pentru instituțiile norvegiene, a se preciza numărul personal de identificare (fødselsnummer); pentru instituțiile din Belgia, a se preciza numărul național de securitate socială (NISS); pentru instituțiile germane din cadrul sistemului general de asigurări pentru pensii, a se indica numărul de asigurare (VSNR) iar pentru instituțiile din cadrul regimului de securitate socială al funcționarilor publici, se va indica numărul personal de identificare (PRS-Kehn- Nr); pentru instituțiile spaniole, în cazul cetățenilor spanioli, a se indica numărul care apare pe cardul național de identitate (D.N.I.) sau numărul de identificare al străinilor (N.I.E.), în cazul străinilor; pentru instituțiile austriece, a se indica numărul austriac de asigurare (VSNR); pentru instituțiile poloneze, a se preciza numărul de referință al dosarului de pensie în cazul persoanelor care au solicitat sau cărora li s-au stabilit drepturi de pensie din cadrul sistemului polonez de securitate socială; în cazul persoanelor care solicită o pensie poloneză pentru prima oară, se va introduce mențiunea PESEL și se va indica numărul NIP sau NKP (numărul NKP – în cazul în care persoana în cauză este supusă sistemului de asigurări sociale pentru agricultori) iar, în situația în care aceste numere nu există, se vor indica seria și numărul cardului de identitate sau pașaportului; pentru instituțiile portugheze, a se preciza și numărul de înregistrare în cadrul sistemului general de pensii pentru persoanele asigurate în sistemul portughez al funcționarilor publici; pentru instituțiile slovace, a se indica numărul nașterii; în cazul instituțiilor slovene, a se menționa numărul de referință al dosarului, dacă e cunoscut, iar numărul de la nota 17 este omis; pentru instituțiile elvețiene, se va preciza numărul de asigurare AVS/AI (AHV/IV).
- (3) Stradă, număr, cod poștal, localitate, țară, număr de telefon.
- (3a) Pentru Germania și Austria, noțiune de « asigurat » acoperă atât asigurările sistemului general, cât și funcționarii publici și persoanele asigurate într-un sistem special. Noțiunea de « pensie » cuprinde și pensiile plătite funcționarilor. În cazul Poloniei, termenul "persoane asigurate" se referă, de asemenea, la persoanele care sunt subiecte ale unor sisteme speciale
- (4) - Numele de familie include numele uzual sau numele dobândit prin căsătorie.  
- Numele dat la naștere trebuie să fie totdeauna precizat ; în cazul în care acesta este identic cu numele de familie, specificați mențiunea « idem ».  
- Expresiile « zis », « alias » și prefixele trebuie să apară integral, în ordinea în care sunt specificate pe certificatul de naștere.  
- Dacă formularul este completat de o instituție olandeză și dacă asiguratul sau solicitantul îndreptățit este o femeie căsătorită sau care a fost căsătorită, a se preciza, numele soțului prezent sau al ultimului fost soț pentru nume curent, și ca nume la naștere, numele de fată.  
- Pentru cetățenii spanioli, a se preciza cele două nume date la naștere.  
- Pentru cetățenii portughezi, a se preciza toate numele (prenume, nume, nume de fată) în ordinea stării civile așa cum apar pe cartea de identitate sau în pașaport.
- (5) A se preciza toate prenumele în ordinea înscrierii în certificatul de naștere.
- (6) A se preciza în special în caz de adopție sau de utilizare de pseudonime intrate în limbajul curent; expresiile « zis » și « alias » și eventualele prefixe trebuie să apară integral și în ordinea înscrierii pe certificatul de naștere.
- (7) M = masculin , F = feminin.
- (8) Această informație este solicitată în cazul în care lucrătorul are cetățenie spaniolă sau în cazul în care formularul trebuie trimis unei instituții franceze, elene, maghiare sau poloneze indiferent de cetățenia lucrătorului.
- (9) A se completa în măsura posibilului dacă formularul este trimis instituțiilor germane, belgiene, franceze, italiene, luxemburghize, olandeze, austriece, portugheze, suedeze, finlandeze, din Liechtenstein sau norvegiene.
- (10) Pentru instituțiile belgiene, olandeze, poloneze, suedeze, din Regatul Unit, finlandeze și din Liechtenstein, a se preciza și data, lângă rubrica corespunzătoare.<sup>(4)</sup>
- (11) Pentru instituțiile belgiene, olandeze, finlandeze, islandeze și norvegiene<sup>(4)</sup>
- (12) Această informație este bazată pe o declarație a interesatului. În cazul Olandei, trebuie știut că, în conformitate cu Algemene Nabestaandenwet (Legii Generale de Asigurări și pentru bătrânețe), persoanele următoare sunt considerate « căsătorite » : persoanele necăsătorite de același sex sau de sexe diferite care trăiesc permanent sub același acoperiș, cu excepția situației în care acestea sunt rude de gradul I sau II. «A trăi sub același acoperiș» înseamnă că două persoane necăsătorite împart cheltuielile de întreținere, fiecare contribuind în mod direct la acestea sau participă în alt mod. În cadrul legislației finlandeze persoanele de același sex din cadrul unei relații înregistrate oficial sunt considerate ca având statut de « căsătorit ».
- (13) Pentru instituțiile norvegiene, a se completa și E 204/fișă suplimentară 4. Pentru instituțiile elvețiene, a se completa și formularul E 204/ fișă suplimentară 5. Dacă formularul este adresat instituțiilor lituaniene, a nu se completa partea B dar, a se completa pagină suplimentară 6.
- (14) A se completa doar dacă formularul este adresat unei instituții portugheze sau slovene.
- (15) Pentru instituțiile olandeze, a se preciza numărul Sofi dacă se cunoaște. Pentru instituțiile belgiene, precizați numărul național de securitate socială (NISS).
- (16) Eventual a se preciza data obținerii cetățeniei.

- (17) Pentru instituțiile spaniole, în cazul cetățenilor spanioli a se preciza numărul înscris pe cardul național de identitate DNI (Documento Nacional de Identidad) sau NIE (Numero de Identificación de Extranjeros) în cazul cetățenilor străini, în ambele cazuri dacă există, chiar dacă acestea sunt expirate. Dacă aceste documente nu există, menționați «niciunul». În cazul cetățenilor sloveni, a se preciza numărul personal de identificare EMSO. Pentru instituțiile malteze, în cazul cetățenilor maltezi, a se preciza numărul cardului de identitate, dacă nu este vorba de un cetățean maltez, a se preciza numărul de securitate socială maltez.
- (18) Ziua și luna sunt exprimate în două cifre, anul în patru cifre (spre exemplu : 1 august 1921 = 01.08.1921).
- (19) Pentru orașele franceze care conțin mai multe arondismente, a se preciza numărul arondismentului (spre exemplu : Paris 14). Pentru localitățile portugheze a se preciza de asemenea parohia și autoritatea locală.
- (20) Informație obligatorie pentru asigurații de cetățenie spaniolă, franceză sau italiană; această rubrică conține, în funcție de fiecare țară, apartenența teritorială a locului de naștere (spre exemplu în cazul Franței, dacă locul (comuna) nașterii este Lille, trebuie precizat departamentul de naștere, Nord, urmat de codul regiunii, dacă asiguratul îl cunoaște, în acest caz «59». Informația completă introdusă va fi deci « Nord 59 »). Pentru persoanele născute în Spania a se preciza doar provincia.
- (21) Sigla țării de naștere a asiguratului codificată conform codului internațional ISO 3166-1.
- (22) Dacă formularul este adresat unei instituții germane, poloneze, austriece, letone, finlandeze, din Lichtenstein sau elvețiene, a se preciza, dacă e cazul, adresa reprezentantului legal (consilier juridic, tutore, curator), în rubrica de mai jos :  
Adresă <sup>(3)</sup> : .....
- (23) Dacă formularul este adresat unei instituții daneze, franceze, finlandeze, letoneze, poloneze, islandeze sau norvegiene, a se preciza ultima adresă a solicitantului în statul corespunzător în rubrica de mai jos :  
Adresă <sup>(3)</sup> : .....
- (23a) În cazul Poloniei, termenul “funcționar public” se referă de asemenea la activitatea unor persoane care sunt cuprinse în cadrul unor sisteme speciale.
- (24) Pentru instituțiile belgiene, cehe, daneze, germane, grecești, franceze, italiene, luxemburghize, olandeze, poloneze, austriece, slovace, elvețiene, din Regatul Unit, islandeze și norvegiene.
- (24a) A se completa dacă formularul este trimis instituțiilor portugheze, precizați tipul de activitate desfășurat de persoana în cauză în cursul ultimilor 3 ani de activitate.
- (25) A se completa dacă formularul este trimis instituțiilor belgiene, cehe, daneze, germane, grecești, spaniole, franceze, italiene, luxemburghize, olandeze, poloneze, austriece, portugheze, islandeze sau norvegiene.
- (26) A se completa dacă formularul este trimis instituțiilor daneze, spaniole, italiene, austriece, portugheze, islandeze și norvegiene. A se completa dacă formularul este trimis instituțiilor italiene, precizați toate veniturile cu excepția locuinței solicitantului, prestațiilor familiale, prestațiilor în bani aferente asigurării de accident de muncă și boli profesionale și prestațiilor de asistență.
- (27) A se completa dacă formularul este trimis instituțiilor italiene și grecești. În Italia, locuința solicitantului, prestațiile familiale, prestațiile în bani aferente asigurării de accident de muncă și boli profesionale și prestațiile de asistență nu sunt considerate a fi venituri.
- (28) A se completa dacă formularul este trimis instituțiilor belgiene, cipriote, germane, grecești, maghiare, spaniole, franceze, italiene, luxemburghize, austriece, letoneze, poloneze, portugheze, slovace, finlandeze și norvegiene.
- (28a) Pentru scopul instituțiilor poloneze, în cazul pensiei de invaliditate solicitată în cadrul unui sistem special. Informație necesară când formularul este trimis instituțiilor maghiare.
- (29) A se completa dacă formularul este trimis instituțiilor cipriote, grecești, maghiare, slovace, spaniole și luxemburghize.
- (30) Pentru instituțiile din Liechtenstein, precizați și dacă asiguratul  a solicitat sau  beneficiază de pensie ca o compensație, în bani, în cadrul unui sistem ocupațional. Pentru instituțiile solvene, pensia de urmaș cuprinde pensia de urmaș în caz de accident. Pentru instituțiile Malteze a se indica dacă persoana asigurată a solicitat sau beneficiază de pensie ocupațională de la un fost angajator. Cuantumul pensiei va trebui să apară la nivelul celui stabilit inițial. Specificați detaliile acestea la punctul 9.16. Pentru instituțiile Poloneze a se completa și E 204/fișă suplimentară 7.
- (31) Pentru instituțiile portugheze, a se completa și E 204/fișă suplimentară 2 dacă asiguratul are nevoie de ajutorul unei terțe persoane.
- (32) A se completa dacă formularul este trimis instituțiilor italiene.
- (33) A se completa dacă formularul este trimis instituțiilor din Liechtenstein.
- (34) Precizați natura venitului luat în considerare de instituția care instrumentează cererea în vederea aplicării regulilor de non-cumul.
- (35) Pentru instituțiile din Liechtenstein, completați casuța 11 de la pagina 5 pentru fiecare dintre soții divorțați sau despărțiți.
- (36) A se completa dacă formularul este trimis instituțiilor irlandeze, austriece sau din Regatul Unit.
- (37) A se completa dacă formularul este trimis instituțiilor belgiene.
- (38) A se completa dacă formularul este trimis instituțiilor daneze, franceze, italiene, luxemburghize, olandeze, austriece, islandeze sau norvegiene.
- (38a) În cazul Poloniei, termenul “pensie în cadrul unui sistem pentru funcționari publici” se referă la venituri provenite din sisteme speciale.



- (39) A se completa dacă formularul este trimis instituțiilor belgiene, daneze, germane, franceze, irlandeze, italiene, olandeze, austriece, din Regatul Unit, islandeze și norvegiene.
- (40) A se completa dacă formularul este trimis instituțiilor daneze, italiene, spaniole, olandeze, islandeze și norvegiene (cuantum anual); franceze (cuantum trimestrial); belgiene, germane, grecești și austriece (cuantum lunar).
- (41) A se marca simbolurile următoare la a căror dată se face referire : \* naștere,  căsătorie, † deces.
- (42) A se detalia cuantumul pensiei de la data stabilirii, cu orice schimbare ulterioară.
- (43) Pentru instituțiile germane, italiene și norvegiene, a se completa E 204/fișă suplimentară 1.
- (44) Precizați adresa comună. Dacă unul dintre copiii sau ascendenții locuiește la o adresă diferită, a se preciza în rubrica de mai jos:  
Nume și Prenume : .....  
Adresă<sup>(3)</sup> : .....
- (45) Precizați dacă copilul este căsătorit, invalid, decedat (data decesului), ucenic sau urmează încă studii sau dacă primește prestații sau are venituri personale. Pentru instituțiile din Liechtenstein sau Elveția, a se atașa un atestat eliberat de centrul de ucenicie sau de studii pentru fiecare copil cu vârste între 18 - 25 ani, ucenic sau care urmează încă studii. Pentru instituțiile din Cipru, a se atașa o copie a adeverinței care face dovada studiilor la zi, pentru fiecare copil cu vârste între 16 - 23 ani în cazul femeilor și cu vârste între 16 - 25 în cazul bărbaților.
- (46) Pentru instituțiile spaniole și norvegiene, precizați dacă copiii sunt în grija asiguratului și, dacă unul dintre ei este invalid, dacă beneficiază de o pensie de invaliditate cu titlu personal.
- (47) A se completa dacă formularul este adresat instituțiilor belgiene și din Regatul Unit.
- (48) A se completa pentru instituțiile italiene și grecești.
- (49) Dacă formularul E 204 este adresat unei instituții din Liechtenstein sau din Letonia, a se atașa un formular E 207 pentru asigurat și - eventual – pentru soți (prezenți și foști).
- (50) Informația este necesară în cazul în care formularul este trimis unei instituții maghiare.

**RUBRICA „COPII”  
INFORMAȚII SUPLIMENTARE**

(a se completa câte o pagină separată pentru fiecare copil)

1. Copilul specificat la rândul nr. ....al punctului 2.1

desfășoară activitate

nu desfășoară activitate

1.1 Dacă răspunsul este afirmativ, vă rugăm precizați:

Categoria ocupației (salariat sau lucrător independent):.....

Cuantumul venitului<sup>(1)</sup>  săptămânal  lunar  anual

2. Copilul specificat la rândul nr. ....al punctului 12.1

are alte surse de venit

nu are alte surse de venit

2.1 Dacă răspunsul este afirmativ, vă rugăm precizați:

Natura venitului:  prestații de securitate socială

Cuantum:  săptămânal  lunar  anual.....

alt venit <sup>(2)</sup>:

Cuantum:  săptămânal  lunar  anual.....

3. Referitor la copilul specificat la rândul nr. ....al punctului 12.1, următoarea persoană:

(nume, prenume):.....

(adresă):.....

Este îndreptățită să primească prestații familiale sau alocații în virtutea derulării unei activități profesionale sau comerciale Art. 79(3) al Regulamentului (CEE) Nr. 1408/71

Cuantum:.....

Începând cu:.....

3.1 Următoarele instituții sunt responsabile pentru plata prestațiilor familiale sau alocațiilor:

(denumire):.....

(adresă):.....

(denumire):.....

(adresă):.....

4. Copilul specificat la rândul nr. ....al punctului 12.1 este inapt de muncă. Formularul 404 este anexat.

Semnătura .....

Data .....

(1) Cu excepția plăților compensatorii în cazul concedierii, prestațiilor familiale, salariilor datorate, rentelor viagere pentru accidente de muncă sau boli profesionale, pensiilor pentru invalizi de război sau mutilați ca urmare a efectuării serviciului militar, indemnizațiilor pentru însoțitor și cheltuielilor de deplasare.

(2) „Alte venituri” înseamnă veniturile din proprietăți imobiliare sau din capital (depozite bancare sau poștale, conturi curente, titluri publice, fonduri de investiție, acțiuni, obligațiuni, etc).

## INFORMAȚII SUPLIMENTARE PENTRU INSTITUȚIILE FINLANDEZE

1. Solicitantul dorește să primească decizia:

în finlandeză

în suedeză

**Rubrica 9 „Persoana asigurată”**

2. Solicitantul beneficiază sau solicită prestații de tipul pensiilor periodice nespecificate la rubrica 9 formularului E 204 (de exemplu prestațiile plătite în baza asigurării auto obligatorii datorată unui accident rutier)?

da

nu

În caz afirmativ, a se preciza:

Tipul prestației:.....

Cuquantumul lunar brut al prestației:.....

Instituția plătitoare a prestațiilor:.....

**Rubrica 2 „Persoana asigurată”**

3. Pregătirea și educația solicitantului

Educația primară:.....

Educația ulterioară și pregătirea profesională (grade, pregătire vocațională, cursuri; vă rugăm furnizați date):

.....

4. Activitate – ultimul contract de muncă

Ocupația de bază a solicitantului:.....

Perioada derulată exercitând ocupația de bază:.....

Specificați caracteristicile activității solicitantului:

ușoară  cu jumătate de normă; a se indica numărul orelor de activitate zilnică:.....

moderată  cu normă întreagă  sedentară  pe timp de zi

grea  salarii în funcție de timpul lucrat  în picioare  pe timp de noapte

desfășurată într-o incintă  salarii plătite în funcție de realizări  în schimburi

desfășurată în mediul exterior

Descrierea activității (îndatoriri, poziții de lucru, frecvența activității):

.....

Descrierea condițiilor de activitate și a circumstanțelor (zgomot, praf, curent, căldură, frig, substanțe periculoase, risc de accidentare, etc):

.....

Activitățile desfășurate de solicitant au suferit modificări?

nu

da. A se indica când și sub ce formă:.....

Solicitantul a redus voluntar orele de lucru?

nu

da

Vă rugăm indicați cum și când activitatea ocupațională a solicitantului a fost redusă, precum și pe ce post își desfășoară momentan activitatea și ce tip de activitate desfășoară (numărul orelor de activitate pe săptămână/lună, cuantumul plăților și prestațiilor adiacente):

Numele și adresa ultimului angajator al solicitantului:.....

Îndatoririle solicitantului în cadrul ultimei ocupații:.....

Când a început derularea ultimului contract de muncă al solicitantului?.....

În condițiile în care contractul de muncă este încă în vigoare, vă rugăm indicați data încheierii acestuia (dacă se cunoaște).....

5. Lucrătorul independent.

Solicitantul a fost lucrător independent?

nu – a se vedea paragraful nr. 6

da

5.2 În caz afirmativ, a se indica data începerii activității:.....

5.3 Solicitantul este în momentul de față lucrător independent?

nu

da

5.4 Particularități ale afacerii:

afacerea este încă deținută de solicitant sau soțul/soția sa

afacerea a fost vândută

afacerea a fost închiriată

6. Șomaj

6.1 Solicitantul a fost șomer în decursul ultimilor 3 ani?

nu

da

6.2 În caz afirmativ, solicitantul a beneficiat sau a cerut prestație de șomaj în ultimii trei ani?

nu

Solicitantul cere sau beneficiază în prezent de prestații pentru șomaj

Solicitantul cere prestații de șomaj, vă rugăm precizați prestația și instituția.....

7. Alocația de îngrijire a pensionarilor acordată conform Actului de Pensii Naționale

Alocația de îngrijire a pensionarilor poate fi acordată persoanelor a căror capacitate funcțională este diminuată din cauza unei boli sau accident, având ca efect incapacitatea efectuării activităților zilnice fără a fi ajutați, sau că boala sau accidentul atrage cheltuieli financiare suplimentare pe termen lung.

7.1 Solicitantul cere alocație de îngrijire a pensionarilor?

nu

da

Semnătura .....

Data .....

## INFORMAȚII SUPLIMENTARE PENTRU INSTITUȚIILE NORVEGIENE

1	Solicitantul		
1.1	<input type="checkbox"/> Solicitantul a desfășurat o activitate salarială/independentă Venitul în perioada care precedă invaliditatea actuală ..... pe an Numărul de ore de muncă pe săptămână care precedă invaliditatea .....		
1.2	<input type="checkbox"/> În timpul perioadei imediat precedente incapacității de muncă, asiguratul a fost parțial ocupat cu activități la domiciliu, salariale sau independente		
1.3	Solicitantul	a solicitat următoarele prestații	beneficiază de următoarele prestații
1.3.1	Prestații de bază care acoperă cheltuielile suplimentare datorate bolii permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3.2	Prestație de asistență:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2	Soțul asiguratului
	<input type="checkbox"/> a solicitat pensia ca persoană inactivă <input type="checkbox"/> beneficiază de pensie ca persoană inactivă <input type="checkbox"/> nu beneficiază de pensie ca persoană inactivă

3	Copii		
3.1	Toți copiii sunt în întreținerea solicitantului? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> nu În caz negativ, precizați numele celui/celor care nu este/sunt în întreținerea asiguratului și cuantumul veniturilor anuale .....		
3.2	Dacă părinții sunt căsătoriți : toți copiii trăiesc cu ambii părinți? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> nu În caz contrar, precizați numele copilului/copiilor respectivi ..... .....		
3.3	Dacă părinții nu sunt căsătoriți : toți copiii trăiesc cu ambii părinți? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> nu În caz afirmativ, precizați pentru celălalt părinte : Nume : ..... Data nașterii : ..... Venituri anuale (de orice natură, a se preciza) : ..... ..... Numele copilului sau ai copiilor, dacă nu sunt vizați toți copiii: ..... ..... .....		

4	Partenerul de conviețuire		
4.1	Solicitantul a fost căsătorit anterior cu partenerul de conviețuire ? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> nu		
4.2	Solicitantul are sau a avut copii cu partenerul de conviețuire? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> nu		

Semnătura .....

Data .....

**INFORMAȚII SUPLIMENTARE PENTRU INSTITUȚIILE ELVEȚIENE**

**1.** Informații privind asiguratul

Nume de familie (punctul 2.1): .....

Prenume (punctul 2.3): .....

Data nașterii (punctul 4.1): .....

2. Dacă persoana asigurată este cetățean elvețian, a se indica locul de origine: .....

și data obținerii cetățeniei elvețiene: .....

**3.** Informații privind domiciliul asiguratului pe teritoriul Elveției:

Localitate:	de la (lună/an)	la (lună/an)	Categoría permisului de reședință
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

Se vor atașa copiile certificatelor de rezidență sau permiselor de reședință.

**4.** A se completa dacă asiguratul este sau a fost căsătorit/căsătorită:

	Prima căsătorie	A doua căsătorie	A treia căsătorie
4.1 Căsătorie încheiată în:	.....	.....	.....
4.2 Desfăcută prin divorț în:	.....	.....	.....
4.3 Informații referitoare la soț, fostul soț sau soțul decedat			
Nume și prenume:	.....	.....	.....
Nume la naștere:	.....	.....	.....
Data nașterii:	.....	.....	.....
Data decesului:	.....	.....	.....

**5.** Informații privind domiciliul pe teritoriul Elveției al soțului, al oricărui dintre foștii soți sau al soțului decedat în timpul căsătoriei:

Nume și prenume:	Localitatea de reședință:	de la (lună/an):	la (lună/an):	Categoría permisului de reședință
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

Vă rugăm atașați copii ale certificatelor de reședință sau ale permiselor de reședință.

**E 204 fișă suplimentară 5 CH (continuare)**

6. A se completa pentru copii aparținând unor soți separați sau divorțați:

Nume:	Prenume:	Data nașterii:	Custodie:			
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> tatăl	<input type="checkbox"/> mama	<input type="checkbox"/> comună	<input type="checkbox"/> altă persoană
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> tatăl	<input type="checkbox"/> mama	<input type="checkbox"/> comună	<input type="checkbox"/> altă persoană
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> tatăl	<input type="checkbox"/> mama	<input type="checkbox"/> comună	<input type="checkbox"/> altă persoană
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> tatăl	<input type="checkbox"/> mama	<input type="checkbox"/> comună	<input type="checkbox"/> altă persoană
.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> tatăl	<input type="checkbox"/> mama	<input type="checkbox"/> comună	<input type="checkbox"/> altă persoană

Semnătura .....

Data .....

## INFORMATII SUPLIMENTARE PENTRU INSTITUȚIILE LITUANIENE

1. Numărul de serie și numărul certificatului lituanian de asigurări sociale de stat

.....

2. Solicitantul și-a satisfăcut serviciul militar pe teritoriul Lituaniei sau fostei U.R.S.S.:

da

nu

Dacă „da”, a se indica dacă a servit: ca recrut

voluntar

3. Timpul de îngrijire medicală la domiciliu în Lituania (a se completa, dacă activitatea de îngrijire începe înainte de 01.01.1995):

pentru mame – timpul de îngrijire și de îngrijire medicală a unui copil cu dizabilități cu vârsta sub 16 ani? da  nu

pentru membrii familiei – timpul de îngrijire al persoanelor cu dizabilități aparținând grupului 1? da  nu

4. Solicitantul era:

deținut politic ? da  nu

deportat? da  nu

opozant al regimului? da  nu

deportat pentru muncă forțată dincolo de granița URSS? da  nu

în ghetouri, lagăre de concentrare și alte locuri de detenție în timpul celui de-al doilea război mondial ? da  nu

Semnătura .....

Data .....



## INFORMAȚII SUPLIMENTARE PENTRU INSTITUȚIILE POLONEZE

A se completa de către solicitant și anexat formularului E 204

1. Date personale referitoare la solicitant

1.1 Nume : .....

1.2 Nume la naștere : .....

1.3 Prenume: .....

1.4 Data nașterii: .....

1.4 Numărul NIP: .....

2. Pentru a stabili cuantumul pensiei de invaliditate în cadrul sistemului general de asigurări sociale, solicitantul consideră ca următoarele să fie acceptate ca bază de evaluare a prestației :

- Baza medie de evaluare a contribuției pentru asigurări sociale sau de bătrânețe și asigurare pentru invaliditate în conformitate legislația poloneză, pe durata a 10 ani calendaristici consecutivi, selectați din ultimii 20 de ani calendaristici, care precedă anul în care solicitarea a fost înregistrată, ex: de la..... până la..... (\*)
- Baza medie de evaluare a contribuției pentru asigurări sociale sau de bătrânețe și asigurare pentru invaliditate în conformitate legislația poloneză, pe durata a 20 ani calendaristici anteriori anului de înregistrare a solicitării, selectați din întreaga perioadă de asigurare (\*)
- Baza medie de evaluare a contribuției pentru asigurări sociale sau de bătrânețe și asigurare pentru invaliditate în conformitate legislația poloneză, pe durata a 10 ani calendaristici consecutivi, care precedă anul în care asiguratul a început asigurarea în străinătate, dacă persoana a fost asigurată în Polonia timp de 20 de ani calendaristici, care precedă imediat anul în care persoana a fost asigurată.
- Baza de evaluare a contribuțiilor în conformitate cu legislația poloneză din perioada în care asiguratul era subiectul unei asigurări (\*)

3. Pentru a instrumenta solicitarea unei pensii de invaliditate a unui polițist, solicitantul ar trebui să precizeze numele unității unde acesta/aceasta își desfășura activitatea înainte de trecerea în rezervă, tipul activității și data trecerii în rezervă:

.....

4. Pentru a instrumenta solicitarea unei pensii de invaliditate a unui polițist, solicitantul ar trebui să precizeze că acesta/aceasta:

 primește, pentru perioada..... la..... nu primește

o remunerație sau o prestație similară în bani după trecerea în rezervă

 primește nu primește

o pensie poloneză, pensie de magistrat eliberat din funcție, pensie de urmaș pentru magistrat eliberat din funcție, prestație de pre-pensie sau o prestație în bani plătită din Fondul pentru Șomaj

Dacă acesta „primește”, a se indica numărul prestației, data de la care prestația a fost plătită și numele instituției plătitoare

 este nu este

membru al unui fond de pensii deschis.

**E 204 fișă suplimentară 7 PL (continuare)**

5. Pentru a instrumenta solicitarea unei pensii militare de invaliditate, solicitantul ar trebui să precizeze numele unității unde fostul militar profesionist își desfășura activitatea la data trecerii în rezervă și data trecerii în rezervă:

.....

6. Solicitantul primea o prestație pentru boală sau o prestație de recuperare a capacității de muncă pentru perioada de incapacitate de muncă în cadrul sistemului de asigurări sociale în momentul înregistrării cererii?

da

nu

În caz afirmativ, a se preciza data încetării plății:.....

7. Pentru a stabili cuantumul pensiei de invaliditate în cadrul sistemului general de asigurări sociale pentru agricultori, a se preciza dacă solicitantul soțul său) este proprietar(co-proprietar) sau administrator al unei ferme.

da

nu

În caz afirmativ, a se preciza suprafața fermei (în hectare):.....

.....  
Data

.....  
Semnătura solicitantului

(\*) În cazul persoanelor angajate, se va anexa un certificat cu informațiile despre baza de evaluare pentru contribuția la asigurări sociale sau pentru pensia de bătrânețe și de invaliditate sau adeverința de salarizare emisă de angajator sau de succesorul în drepturi, cardul de asigurare care conține cuantumul remunerației primite

Trebuie prezentate originalele documentelor mai sus amintite sau copii certificate de instituții de asigurări străine, notar sau consulul RP. În cazul persoanelor independente, a se preciza numărul contului bancar al contribuabilului sau dacă afacerea a fost desfășurată înainte ca asigurarea socială să fie obligatorie, este necesar un certificat de organizare socială și profesională (ex: breasla ucenicilor).

INFORMAȚII SUPLIMENTARE PENTRU INSTITUȚIILE MAGHIARE

*A se completa de către solicitant și anexa formularului E 204*

- 1.1 Nume<sup>(4)</sup> .....
- 1.2 Nume la naștere<sup>(4)</sup> : .....
- 1.3 Prenume<sup>(5)</sup> : .....
- 1.4 Nume anterioare<sup>(6)</sup> : .....
- 1.5 Numele mamei și prenumele la naștere<sup>(8)</sup> : .....
2. Cuantumul salariului de care beneficia solicitantul înainte invalidității: .....
3. Timpul de lucru declarat pentru ultimul tip de activități anterioare apariției invalidității: .....

Semnătura .....

Data .....

**INFORMAȚII SUPLIMENTARE PENTRU INSTITUȚIILE LETONIENE**

1. Asiguratul aparține uneia din următoarele categorii ?

Persoană persecutată politic

Student înainte de 1991

Îngrijitor al unui persoane invalide din grupul I sau al unui copil recunoscut invalid din copilărie – până la vârsta de 16 ani sau al unei persoane cu vârsta peste 80 de ani împliniți înainte de 1991

2. În cazul în care asiguratul și-a satisfăcut serviciul militar în Letonia sau în fosta URSS înainte de 1996, a se indica

2.1 perioada : .....

2.2 dacă a satisfăcut stagiul militar : ca recrut  sau ca voluntar

3. Informații referitoare la copii persoanei asigurate în cazul în care aceasta a crescut 5 sau mai mulți copii sau un copil recunoscut drept invalid din copilărie- până la vârsta de 8 ani

Copii:

	Nume	Prenume	Data nașterii	Perioada de îngrijire	Precizări(*)
1.	.....	.....	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....	.....	.....
3.	.....	.....	.....	.....	.....
4.	.....	.....	.....	.....	.....
5.	.....	.....	.....	.....	.....
(*)	A se preciza situațiile în care copilul este invalid sau decedat (data decesului) sau dacă era în custodia unei alte persoane sau a unei instituții de îngrijire.				

Semnătura .....

Data .....