CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI DOROHOI
DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ

Str. Ștefan cel Mare nr. 43, Dorohoi, Botoșani, 715200
www.dasdorohoi.ro

+40(231)617813
+40(231)617813
das@dasdorohoi.ro

ANGAJAMENT DE PLATĂ

Subsemnatul/a, _____, cu domiciliul în _____, judeţul _____, având CNP _____, posesor/posesoare al/a C.I. seria _____ nr. _____, solicitant de beneficii sociale, declar prin prezenta că, în situaţia în care am încasat în mod necuvenit beneficii de asistenţă socială şi s-a dispus recuperarea acestora prin dispoziţie a primarului/decizie a directorului executiv al agenţiei teritoriale pentru plăţi şi inspecţie socială, îmi iau angajamentul de a plăti aceste sume prin:

☐ restituire prin reţineri lunare din drepturile cuvenite şi din alte beneficii de asistenţă socială acordate de plătitorul beneficiului pentru care s-a constituit debitul, până la achitarea integrală a sumei de care am beneficiat necuvenit;

☐ restituire voluntară din următoarele categorii de venituri pe care le obţin:

• venituri din _____;

• venituri din _____ .

Prezentul angajament l-am luat în conformitate cu art. 29 alin. (1) şi (5) din Legea nr. 196/2016 privind venitul minim de incluziune, cu modificările şi completările ulterioare și în conformitate cu prevederile art. 33 din Legea nr. 226/2021 privind stabilirea măsurilor de protecţie socială pentru consumatorul vulnerabil de energie, cu modificările şi completările ulterioare.

Declar că înţeleg faptul că, în cazul nerespectării prezentului angajament de plată, se va proceda la executarea silită, potrivit prevederilor legale.

ACORD PRIVIND COLECTAREA DATELOR PERSONALE

Sunt de acord ca Ministerul Muncii și Solidarității Sociale să colecteze informații despre mine, în calitate de solicitant al Venitului Minim de Incluziune, prin intermediul unui sondaj în gospodării, în scopul realizării unei cercetări cu privire la solicitanții acestei prestații sociale. De asemenea, sunt de acord ca datele și informațiile sa fie partajate cu terți autorizați cu scopul îmbunătățirii programului VMI, fără ca numele meu să fie făcut public.

Declar totodată că mi s-a adus la cunoștință că pot, în orice moment, solicita ștergerea datelor mele, colectate pentru scopul menționat mai sus, din baza de date a Ministerului Muncii și Solidarității Sociale.

[Marcați cu o "X" în caseta corespunzătoare]

☐ Sunt de acord

☐ Nu sunt de acord

Data

_____

Numele şi prenumele

_____

Semnătura _____