

U.S. / ROMANIA AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY
ACORDUL DE SECURITATE SOCIALĂ ÎNTRE ROMANIA / ȘI STATELE
UNITE ALE AMERICII
TRANSMITTAL/ REQUEST/CERTIFICATION FORM
/TRANSMITERE / CERERE FORMULAR DE CERTIFICARE

DATE OF ORIGINAL REQUEST (Month/Day/Year) DATA CERERII (lună/zi/an)		DATE(S) OF FOLLOWUP(S) (Month/Day/Year) DATA (DATELE) REVENIRII/LOR (lună/zi/an)	
		1.	2.
		3.	4.
To/ Către: ☐ Casa Națională de Pensii Publice (CNPP) Strada Latină 8, sector 2 020793 Bucuresti ROMÂNIA		From/De la: ☐ Social Security Administration Office of International Operations P.O. Box 17769 Baltimore ,MD 21235-7769 USA ☐ American Consulate General Federal Benefits Unit Piazza della Repubblica 80122 Napoli (NA) ITALY	
1. INFORMATION ABOUT THE CLAIM/ INFORMAȚII DESPRE CERERE			
a. Name of Number Holder Numele și prenumele	First Name Prenumele	Last Name Numele	
Name at Birth Numele la naștere	(First Name) Prenumele	(Last Name) Numele	
b. U.S. Social Security Number Numărul de Securitate socială în SUA			
c. Romanian ID Number Codul Numeric Personal			
d. Father's Name Numele și prenumele Tatălui	First Name Prenumele	Last Name Numele	
e. Mother's name including Maiden Numele mamei inclusiv Numele de fată	First Name Prenumele	Last Name Numele	Maiden Name Numele de fată
f. Name of Claimant Numele și prenumele solicitantului	(First Name) Prenumele	(Last Name) Numele	
Claimant Name at Birth Numele la naștere al solicitantului	(First Name) Prenumele	(Last Name) Numele	
Claimant's U.S. Social Security Number (SSN) Numărul de securitate socială al solicitantului din SUA (SSN)			
Romanian ID Number Codul Numeric Personal			



Reference Number in Romania Numărul de referință din România					
Address and Telephone Number of Claimant Adresa și numărul de telefon		Address Adresa			
		Telephone Number Numărul de telefon al solicitantului			
g. Type of Benefits Claimed Tipul prestației solicitate:		U.S./SUA		Romania/România	
Retirement Pensie de bătrânețe		☐		☐	
Disability / invalidity Pensia de invaliditate		☐		☐	
Survivors Pensia de urmas		☐		☐	
h. Date Claim Filed (Month/Day/Year) Data cererii (an/lună/zi)					
2. CERTIFICATION OF DATA/ CONFIRMAREA DATELOR					
a) Date of Birth Data nașterii	Name Numele	Date (Mo/Day/Yr) Data (an/lună/zi)	Verified Verificat	Relationship Grad de Rudenie	Effective Date (Mo/Day/Yr) Data efectivă[(luna/zi/an)
Worker/ asigurat			☐		
Widow(er) văduv(i)			☐		
Spouse Soț(i)			☐		
Child Copil			☐		
Parent Părinte			☐		
b) Worker's Date of Death Data decesului asiguratului			☐		
c) Date of Marriage Data căsătoriei			☐		
d) Date of Divorce Data divorțului			☐		

e) Country of Birth Locul nașterii (Țara)			☐	
f) Citizenship Cetățenie			☐	
3. INFORMATION PROVIDED/ INFORMAȚII FURNIZATE				
a) Coverage Record in USA Perioade de asigurare în SUA			☐	
b) Medical Evidence Documente medicale			☐	
c) Information Requested On (lună/zi/an) Data solicitării documentului (an/lună/zi)			☐	
d) No Information Provided Informațiile nu au fost furnizate			☐	
e) Other - See Remarks Altele a se vedea rubrica observatii				
4. INFORMATION REQUIRED/ INFORMAȚII SOLICITATE				
a) Romanian Periods of Coverage Perioade de asigurare în România			☐	
b) Medical Evidence Documente medicale			☐	
c) Status of Request Dated (Month/Day/Year) Data solicitării documentului (lună/zi/an)				
d) No Information Needed Nu Sunt Necesare Informatii			☐	
e) Other - See Remarks Altele a se vedea rubrica Observatii				
5. REMARKS / COMENTARII				
Signature/ Semnătură		Date/Data	Stamp/Stampilă 	