



CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI ARAD

Direcția de Asistență Socială Arad

Serviciul prestații sociale

România 310318 Arad • Str. Calea Radnei nr.250 • tel.+40-257-285150 • tel. +40-257-211668 •
fax +40-257-214284 • e-mail: social@dasarad.ro



ANGAJAMENT DE PLATĂ

Subsemnatul/a.....cu domiciliul în
....., județul, având CNP
....., posesor/posesoare al/a C.I. seria nr.
solicitant/beneficiar devenit minim de incluziune, declar prin prezenta că, în situația în care am încasat în
mod necuvenit beneficii de asistență socială și s-a dispus recuperarea acestora prin dispoziție a
primarului/decizie a directorului executiv al agenției teritoriale pentru plăți și inspecție socială, îmi iau
angajamentul de a plăti aceste sume prin:

- Restituire prin rețineri lunare din drepturile cuvenite și din alte beneficii de asistență socială
acordate de plătitorul beneficiului pentru care s-a constituit debitul, până la achitarea integrală a
sumei de care am beneficiat necuvenit;

- Restituirea voluntară din următoarele categorii de venituri pe care le obțin:
venituri din

venituri din

Prezentul angajament l-am luat în conformitate cu art. 29 alin. (1) și (5) din Legea nr. 196/2016
privind venitul minim de incluziune, cu modificările și completările ulterioare.

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

Numele și prenumele

Semnătura

Data