



Consiliul Local al Municipiului Sebeș
Direcția de Asistență Socială
Sebeș, Aleea Lac, nr. 12, jud. Alba
Tel/fax. 0258730611, 0258731007; Telefon mobil 0746092655
E-mail: office@dgasmc-sebes.ro

ANGAJAMENT DE PLATĂ

Subsemnatul/a..... cu domiciliul în:
....., județul Alba, având CNP,
posesor/posesoare al/a C.I. seria nr., solicitant/beneficiar de **venit minim de
incluziune (V.M.I)**, declar prin prezenta faptul 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