

**CERERE de acordare a drepturilor cuvenite persoanelor cu handicap
(INDEMNIZATIE LUNARA)**

DOMNULE PRIMAR

Subsemnatul(a),

Numele

Prenumele

Cod numeric personal

Adresa: Strada

Nr. Bl. Sc. Ap. Cod poștal

Localitatea Județul

Tel. - fix Tel. - mobilx

E-mail

Act de identitate Seria Nr. Emis de
în calitate de *:

☐ persoana cu dizabilități
☐ tutore / reprezentant legal
☐ curator

☐ asistent personal
☐ **

față de persoana asistată :

Numele

Prenumele

Cod numeric personal

Adresa: Strada

Nr. Bl. Sc. Ap. Cod poștal

Localitatea Județul

Tel. - fix Tel. - mobilx

E-mail

Act de identitate Seria Nr. Emis de

Solicit în conformitate cu prevederile Legii nr. 448/2006 *:

☐ acordarea indemnizației lunare;

☐ acordarea altor drepturi: _____

Doresc ca acest drept să-mi fie transmis:

☐ la domiciliu / reședință prin mandat poștal

☐ în cont personal extras anexat prezentei

*) Se va trece DA în căsuța corespunzătoare răspunsului

**) Altă persoană

În calitate de _____, am luat la cunoștință prevederile Legii nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu dizabilități, republicată, cu modificările și completările ulterioare, sunt de acord cu efectuarea la domiciliu/reședință a anchetei sociale, a evaluărilor și reevaluărilor sociopsihomedicale (conform procedurilor reglementate), precum și cu declararea altor informații și date necesare pentru determinarea stării de nevoie socială în vederea identificării respectiv a acesării de beneficii/servicii sociale.

Alăturat anexez următoarele acte:

1. Certificat de încadrare în grad de handicapat	Seria				Număr								Data eliberării				Data valabilității			
	X	X	X	X																
2. Act de identitate C.I./B.I./C.I.P	Seria				Număr								Data eliberării				Data valabilității			
3. Acord pentru primirea indemnizației lunare	Seria				Număr								Data eliberării				Data valabilității			
	X	X	X	X																
4. Certificat de naștere	Seria				Număr								Data eliberării				Data valabilității			
5. Sentința civilă instituire curatelă/tutelă	Seria				Număr								Data eliberării				Data valabilității			
	X	X	X	X																
6. Decizia de pensie	Seria				Număr								Data eliberării				Data valabilității			
	X	X	X	X																
7. Cupon de pensie	Seria				Număr								Data eliberării				Data valabilității			
	X	X	X	X																

Declar pe proprie răspundere că datele și informațiile prezentate corespund realității, sub sancțiunea prevăzută de legea penală.

De asemenea, ma oblig să anunț U.A.T. Oras Busteni orice modificare survenită în situația juridical a persoanei cu handicap, în termen de 48 de ore.

Am luat la cunoștință că nerespectarea obligației prevăzută la pct.1 atrage răspunderea mea juridical în condițiile legii.

Data ____ / ____ / ____

Semnătura solicitantului _____

"În conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) nr.679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date, U.A.T Oras Busteni, în calitate de operator de date, prelucrează datele personale cu respectarea cerințelor legale și în condiții care să asigure confidențialitatea, securitatea și respectarea drepturilor persoanelor vizate."