

CERERE

Subsemnatul(a) cu domiciliul în județul SUCEAVA, comuna MOARA satul, str. nr. bl. sc. ap. posesor al actului de identitate BI(CI) seria..... nr..... eliberat de CNP..... reprezentant legal al bolnavului..... încadrat în categoria persoanelor cu handicap grav cu asistent personal, conform Certificatului nr. emis de comisia de evaluare a persoanelor adulte cu handicap / Comisia pentru Protecția Copilului Suceava vă declar opțiunea mea în conformitate cuprevederile articolului 42 din Legea nr.448/2006 republicată:

- 1) Doresc să beneficiaz de asistent personal.....
- 2) Doresc să primesc indemnizație lunară.....

Menționez faptul că bolnavul (părinții copilului) are(au) următoarele venituri:

- pensie pentru limita de vârstă..... lei
- pensie de urmaș..... lei
- pensie de invaliditate gr.....lei
- pensie IOVR..... lei
- pensie socială sau de agricultor.....lei
- salariu..... lei
- indemnizație (în loc de asistent personal)..... lei
- indemnizație buget complementar..... lei
- alte venituri(alocație copil, chirii, dividende, etc.)....

Până la această dată AM AVUT/NU AM AVUT certificat de încadrare în grad de handicap(certificat nr deficiență funcțională) că BENEFICIEZ/ NU BENEFICIEZ de servicii sociale FIIND/NEFIIND instituționalizat într-o instituție cu caracter social în care întreținerea completă să fie din partea autorității administrației publice.

Mă oblig să anunț de îndată serviciul public social despre orice modificare survenită de natură să modifice acordarea drepturilor prevăzute de lege(inclusiv preschimbarea certificatului de încadrare în grad de handicap).

Nume prenume

Semnătura

Data