

Nr \_\_\_\_\_

Catre,

DOMNUL PRIMAR

CERERE

**ACORDARE INDEMNIZATIE LUNARA-ADULTI**

I.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

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 necesării de beneficii/servicii sociale.

Alăturat anezex urmatoarele 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			
8.	Seria	Număr	Data eliberării	Data valabilității

1. De asemenea, mă oblig sa anunt U.A.T.Busteni orice modificare survenita in situatia juridica a persoanei cu handicap, in termen de 48 de ore.

Am luat la cunostinta ca nerespectarea obligatiei prevazuta la pct.1 atrage raspunderea mea juridica in conditiile legii.

Semnatura,

Data

\*\*\* In conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) nr.679/2016 privind protectia persoanelor fizice in ceea ce priveste prelucrarea datelor cu caracter personal si privind libera circulatie a acestor date. U.A.T Oras Busteni, in calitate de operator de date, prelucreaza datele personale cu respectarea cerintelor legale si in conditii care sa asigure confidentialitatea, securitatea si respectarea drepturilor persoanelor vizate.\*\*\*