

DECLARATIE-Tutore

Subsemnatul(a) _____
CNP- [] BI/CI seria _____ nr _____, cu

domiciliul in _____
Str. _____, nr. _____,
bl. _____, sc. _____, ap. _____, in calitate de alta
persoana/ tutore/curator al d-lui/d-nei _____

CNP- [] persoana cu handicap grav, cu
domiciliul in Busteni, Str. _____,
nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, BI/CI
seria _____ nr _____, solicitant de **indemnizatie lunara**,
declar pe propria raspundere ca d-nul/d-na _____

1. - Nu este pensionar de invaliditate gradul I
2. - Este pensionar de invaliditate gradul II
3. - Este pensionar de invaliditate gradul III
4. - Este pensionar limita de varsta
5. - Este pensionar de urmas
6. - Este pensionar anticipat
7. - Este salariat
8. - Este elev
9. - Nu are venituri
10. Am luat la cunostinta si ma oblig sa instiintez U.A.T.Busteni de primirea Deciziei Asupra Capacitatii de Munca de la Cabinetul de expertiza medicala si recuperarea a capacitatii de munca catre D-nul/D-na _____

11. In situatia in care D-nul/D-na _____ va primi **Decizia Asupra Capacitatii de Munca gradul I de invaliditate** voi informa U.A.T.Busteni, in calitate de tutore/curator al persoanei cu handicap, iar in caz contrar ma oblig sa semnez un angajament de plata pentru returnarea sumei incasate necuvenit de la U.A.T.Busteni.

Data

Semnatura
