

Nr _____

Catre,

DOMNUL PRIMAR

CERERE ACORDARE INDEMNIZATIE MINORI

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 accesării de beneficii/ serviciilor 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./B./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, ma oblig să anunț U.A.T.Busteni orice modificare survenită în situația juridică a persoanei cu handicap, în termen de 48 de ore.

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

Semnatura,

Data

*** 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."