

C E R E R E,

Subsemnatul (a) _____ cu domiciliul în
 _____ str. _____ nr. _____ bl. _____ sc. _____ et. _____
 ap. _____, județul _____ posesor al actului de identitate BI(CI)
 seria _____ nr. _____ eliberat de _____ la data
 de _____, CNP _____, reprezentant legal al
 bolnavului _____ încadrat într-o categorie de persoane cu
 handicap grav _____ conform certificatului nr. _____
 emis de Comisia de evaluare a persoanelor adulte cu handicap /Comisia pentru Protecția Copilului
 Suceava vă declar opțiunea mea conform art.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 limită de vârstă _____
- pensie de urmaș _____
- pensie de invaliditate gradul _____
- pensie IOVR _____
- pensie socială sau de agricultor _____
- salariu _____
- indemnizație(în loc de asistent personal) _____
- indemnizație buget complementar _____
- alte venituri(alocație copil, chirii, dividende, etc) _____

Până la această dată AM AVUT/NU AM AVUT un 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 _____
 Semnătura _____
 Data _____