

# CERERE

pentru acordare dreptului la prestații sociale

NR. ÎNREGISTRARE DGASPC SUCEAVA

## DOMNULE DIRECTOR

Subsemnatul/a (numele și prenumele) .....

în calitate de  persoană cu dizabilități

reprezentant al persoanei cu dizabilități .....

domiciliat/ă în Județ/sector .....

Oras(comună) .....

strada ..... numărul ..... bloc ..... scara ... etaj ..... ap. ...

Legitimă cu B.I.  C.I.  C.I.P.  Pașaport  Seria ..... Numărul .....

Pensionar  Salarial  Loc de muncă .....

de profesie .....

având nivelul educațional

Fără studii  școala primară  gimnaziu  liceu  facultate  studii post-universitare

Grav (1)

Grav cu AP (1)

Accentuat (2)

Mediu (3)

Conform certificatului nr. .... din data .....

Încadrat în gradul

emis de

Comisia pentru Protecția Copilului

Comisia de Evaluare pentru Persoane cu Handicap Adulți

Comisia Superioară de Evaluare pentru Persoane cu Handicap Adulți

Cunoscând prevederile Legii 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, vă rog să aprobați:

Punerea în plată

Prelungirea plății

Sistarea plății cu data

OPTEZ PENTRU

doar pentru persoanele încadrate în gradul Grav cu asistent personal

Asistent personal

Indemnizație însoțitor (opțional)

Motiv

Doresc ca plata drepturilor să se realizeze prin

Oficiu Poștal nr.

Banca (extras cont)

De asemenea, vă rog să asigurați / sistați și drepturile privind gratuitatea pentru transport

### ATENȚIE!

Completați formularele fără a omite informații privind statutul personal, veniturile sau persoanele aflate în întreținere pentru a evita orice probleme ulterioare.

Am luat la cunoștință că am obligația să anunț în 48 de ore orice modificare intervenită în situația fizică, materială sau socială, atât a curatorului (reprezentant legal) cât și a persoanei cu handicap/asistent personal

Am luat la cunoștință că sunt obligat/ă să restituie drepturile bănești încasate necuvenit.

Semnătura

Pot fi contactat/ă la telefon

Data