

CNP.....

DOMNUL 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.....

scaraap

Legitimat cu B.I.

C.I.

C.I.P.

Pașaport

Seria

Numărul

Pensionar

Salariat

Loc de muncă

de profesie

educațional

având

nivelul

Fără studii

școala primară

gimnaziu

liceu

facultate

studii post-universitare

Grav (1)

Accentuat (2)

Mediu (3)

Conform certificatului nr. _____ din data _____

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:

<input type="checkbox"/>	Punerea în plată	OPTEZ PENTRU <u>doar pentru persoanele încadrate în gradul Grav cu asistent personal</u>	<input type="checkbox"/>	Asistent personal
<input type="checkbox"/>	Prelungirea plății		<input type="checkbox"/>	Indemnizație însoțitor (opțional)
<input type="checkbox"/>	Sistarea plății cu data	→	Motiv	

Doresc ca plata drepturilor să se realizeze prin

Oficiu Poștal nr. _____

Banca (denumirea) _____

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

INTERURBAN

URBAN S.T.B

*Am luat la cunoștință că am obligația să anunț în 48 de ore orice modificare intervenită în situația fizică, materială sau socială, atât a mea cât și a persoanei cu handicap/asistent personal, și că trebuie să predau legitimația de transport dacă dreptul încetează. Am luat la cunoștință că sunt obligat/ă să restitui drepturile bănești încasate necuvenit.
**Declar că nu beneficiaz de premise/legitimații de călătorie gratuită pentru transportul urban în baza altor legi.
*** Sunt de acord ca datele mele cu caracter personal să fie prelucrate de DGASPC S4, în conformitate cu prevederile Regulamentului European nr.679/2016, Cod Înregistrare nr.6316/2007, în vederea soluționării cererii.

Semnătura

Pot fi contactat/ă telefon

Persoană de contact telef.

Data