

CERERE

Subsemnatul (a).....cu domiciliul în.....
.....str,.....nr.....bl.....sc.....ap.....
Jud. Suceava posesor al actului de identitate BI (CI) seria.....nr.....eliberat de.....
.....CNP.....reprezentant legal al bolnavului.....
.....CNP.....încadrat în categoria persoanelor cu
handicap grav cu asistent personal, conform Certificatului nr..... emis de
Comisia de de evaluare a persoanelor adulte cu handicap /Comisia pentru Protecția Copilului
SUCEAVA vă declar opțiunea mea în conformitate cu prevederile 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 gr.....
- 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 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/PRENUME.....
SEMNĂTURA.....