

DOMNULE DIRECTOR

Subsemnatul(a)..... cu domiciliul în localitatea.....str....., nr....., bl.....sc.....et.....ap..... județul Suceava, posesor al actului de identitate BI/CI seria.....nr.....eliberat de.....CNP....., încadrat în categoria persoanelor cu handicap grav cu asistent personal, conform Certificatului nr.....emis de Comisia de evaluare a persoanelor adulte cu handicap, 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 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** 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 gradul de handicap).

NUME/PRENUME.....

SEMNĂTURA.....

DATA.....