



CONSILIUL JUDEȚEAN CONSTANȚA

DIRECȚIA GENERALĂ DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ȘI PROTECȚIA COPILULUI

• Str. Decebal, nr. 22; Constanța - 900665 • www.dgaspc-ct.ro • Tel.: +40-241-480859/ Fax:+40-241-694137 •
e-mail: office@dgaspc-ct.ro •

Operator de date cu caracter personal nr. 17764

ANEXA 1, ORD.2.272/ 2013

NR...../.....

CERERE

Subsemnatul (a)....., având codul numeric personal
....., domiciliat(a) în localitatea.....
Str., nr....., bl....., sc....., etaj.....
Ap....., județul....., posesor / posesoare al actului de identitate seria
....., nr....., eliberat de, la data de
....., născut(a) la data de, în localitatea/ județul.....
fiul (fiica) lui și al (a)....., pensionar de invaliditate,
gradul I, potrivit Deciziei medicale asupra capacității de muncă nr., emisă
de, persoană cu handicap grav cu drept la asistent personal,
potrivit Certificatului de încadrare în grad de handicap nr., eliberat de
cunoscând prevederile art.42 din Legea nr.448/2006 privind protecția și promovarea
drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare și
prevederile din Codul penal privind falsul în declarații, declar pe propria răspundere că, la
data prezentei, beneficiaz/ nu beneficiaz de indemnizație însoțitor prevăzută la art.77 din
Legea nr.263/2010 privind sistemul unitar de pensii publice, cu modificările și completările
ulterioare, și optez pentru:

- Asistent personal;
- Indemnizație lunară la art.43 din Legea nr.448/2006, privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată cu modificările și completările ulterioare, respectiv indemnizație de însoțitor prevăzută la art. 58 alin.3 din aceeași lege. în cazul persoanei cu handicap vizual grav;
- Indemnizație de însoțitor prevăzută la art.77 din Legea nr.263/2010, privind sistemul unitar de pensii publice, cu modificările și completările ulterioare.

DATA

.....

SEMNĂTURA

.....