NR.

 Către, Direcția de Asistență Socială /Primaria Santana

Subsemnatul /a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , identificat cu B.I. / C.I. seria \_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , eliberat de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , cu domiciliul în \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ și locuind în fapt în \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicit χ în nume propriu, χ prin reprezentant legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cu domiciliul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , și locuind în fapt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în baza actului de reprezentare (tip act, nr/dată) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

 Acordarea indemnizației lunare /angajare asistent personal conform art. 42 alin.4,5 din Legea nr. 448/2006 , republicată cu modificările și completările ulterioare , urmare a certificatului de încadrare în grad de handicap nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , din data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , eliberat de Comisia de evaluare complexă a persoanelor cu handicap din cadrul D.G.A.S.P.C. Arad.

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi utilizate și prelucrate în conformitate cu prevederile Regulamentului European (UE) nr. 2016/679 27.04.2016.

 Arad, la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semnătura,

 Declarație,

 Subsemnatul (beneficiar/reprezentant legal) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- \_\_\_, CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , identificat cu B.I. / C.I. seria \_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , eliberat de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , prin prezenta declar că mă oblig să anunț orice modificare de natură să influențeze acordarea drepturilor prevăzute de Legea nr. 448/2006 în termen de 48 ore de la producere.

 Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi utilizate și prelucrate în conformitate cu prevederile Regulamentului European (UE) nr. 2016/679 27.04.2016.

 Arad, la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semnătura,

 **Acte necesare în vederea acordării indemnizației pentru persoană cu handicap grav cu asistent personal:**

 ▪ Cerere tip;

 ▪ Carte de identitate/buletin de identitate sau certificat de naștere pentru persoana cu handicap grav cu asistent personal - xerocopie;

 ▪ Certificat de încadrare în grad de handicap - grav cu asistent personal - xerocopie;

▪ Acte de venit pentru persoana cu handicap grav cu asistent personal (cupon de pensie, adeverință salariu, adeverință șomaj etc) - xerocopie;

▪ Act doveditor al calității de reprezentant legal (procură specială/mandatar sau curatelă);

 ▪ Carte de identitate/buletin de identitate pentru reprezentantul legal al persoanei cu handicap grav cu asistent personal (xerocopie);

 ▪ Extras de cont (dupa caz.