

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul (a) _____ domiciliat(a) in
localitatea _____, str. _____ nr. _____ bl. _____,
ap. _____, CNP _____, solicit acordarea indemnizatiei lunare
conform Ordinului nr.794/2002 pentru domnul (a) _____
domiciliat (a) in Ploiesti, str. _____, nr. _____, bl. _____, ap.
_____, C.N.P. _____, incadrata in gradul „GRAV” de handicap.

Nr. telefon _____

Grad de rudenie cu persoana cu handicap _____

Optez pentru plata indemnizatiei prin:

➤ **Casierie** ☐

➤ **Cont bancar** (SE VA ANEXA EXTRAS CONT) deschis la:
BRD ☐

Raiffeisen Bank ☐

Banca Transilvania ☐

ING ☐

BCR ☐

CEC ☐

➤ **Mandat postal** ☐

(se va solicita numai in cazul in care persoana cu handicap este imobilizata la pat)

MENTIUNI

Declar ca mi-au fost aduse la cunostinta prevederile Regulamentului nr. 679/27.05.2016 privind protectia persoanelor fizice in ceea ce priveste prelucrarea datelor cu caracter personal precum și privind libera circulatie a acestor date, si ca:

- ☐ Sunt de acord ca datele cu caracter personal sa fie prelucrate in vederea realizarii demersurilor intreprinse pentru solutionarea prezentei cereri;
- ☐ Sunt de acord cu prelucrarea ulterioara a datelor cu caracter personal in scopuri statistice si sa fie arhivate potrivit legislatiei aplicabile; Mi s-a comunicat ca **refuzul furnizarii datelor de identificare conduce la clasarea solicitarii ca anonima**

DATA,

SEMNATURA,

CONSILIUL LOCAL PLOIESTI
ADMINISTRATIA SERVICIILOR SOCIALE COMUNITARE
SERVICIUL PROTECTIA PERSOANELOR IN DIFICULTATE

DECLARATIE

Subsemnatul (a) _____, domiciliat(a) in localitatea _____, str. _____ nr. _____ bl. _____, ap. _____, CNP _____, in calitate de reprezentant al bolnavului(ei) _____, domiciliat (a) in Ploiesti, str. _____, nr. _____, bl. _____, ap. _____, C.N.P. _____, beneficiar de indemnizatie lunara conform art.42 alin.4 din Legea nr.448/2006, republicata si Ordinului nr.794/2002, **DECLAR** pe propria raspundere **ca persoana cu handicap grav nu are angajat asistent personal si nu beneficiaza de indemnizatie de invaliditate gr.I de la Casa Judeteana de Pensii (suma fixa).**

De asemenea, prin semnarea prezentei declaratii, ma oblig sa aduc la cunostinta functionarilor Serviciului Protectia Persoanelor in Dificultate din cadrul Administratiei Serviciilor Sociale Comunitare Ploiesti, orice modificare intervenita in situatia persoanei cu handicap: **INTERNARE IN INSTITUTII DE INVATAMANT SPECIAL, INTERNARE IN CENTRE DE INGRIJIRE SI ASISTENTA, SCHIMBARE DOMICILIU, DECES, IN TERMEN DE 5 ZILE CALENDARISTICE** de la momentul producerii modificarii.

Nerespectarea obligatiei prevazute mai sus, atrage raspunderea mea juridica, in conditiile legii.

Precizez ca am fost informat de catre functionarii Serviciului Protectia Persoanelor in Dificultate, ca anuntarea modificarii situatiei juridice a persoanei cu handicap pentru care solicit acordarea indemnizatiei (**IN SPECIAL DECES**) la o alta institutie, alta decat Administratia Serviciilor Sociale Comunitare nu constituie indeplinirea obligatiilor ce imi revin.

Declar ca mi-au fost aduse la cunostinta prevederile Regulamentului nr. 679/27.05.2016 privind protectia persoanelor fizice in ceea ce priveste prelucrarea datelor cu caracter personal precum si privind libera circulatie a acestor date, si ca:

- ☐ Sunt de acord ca datele cu caracter personal sa fie prelucrate in vederea intreprinderii demersurilor legale pentru instrumentarea cererii de acordare a indemnizatiei lunare de handicap;
- ☐ Sunt de acord cu prelucrarea ulterioara a datelor cu caracter personal in scopuri statistice si sa fie arhivate potrivit legislatiei aplicabile;

Data,

Semnatura,