

Nr. _____

**Către,
Direcția de Asistență Socială**

Subsemnatul/a _____, cu domiciliul în Reșița, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, etj. _____, ap. _____ reședința, în Reșița, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, etj. _____, ap. _____ cu numărul de telefon _____, în calitate de _____ al doamnei/domnului/minorului _____ cu domiciliul în Reșița, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, etj. _____, ap. _____ reședința în Reșița, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, etj. _____, ap. _____ încadrat/ă în grad de handicap grav, conform certificatului de încadrare într-o categorie de persoane cu handicap care necesită protecție specială nr. _____ din data de _____, eliberat de Comisia de evaluare complexă a persoanelor cu handicap adulți/copii, prin prezenta solicit:

- acordarea unei indemnizații lunare;
- trecerea de la asistent personal la indemnizație lunară;
- schimbare reprezentant legal.

Prin prezenta, mă angajez să aduc la cunoștință Direcția de Asistență Socială, în termen de 48 de ore de la luarea la cunoștință, orice modificare cu privire la gradul de handicap, domiciliu sau reședință, stare materială sau deces al persoanei încadrate în grad de handicap.

„Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate în conformitate cu Regulamentul (UE) NR. 679/2016”.

Vă mulțumesc.

Data: _____

Semnătura: _____

Anexez următoarele acte pentru acordarea indemnizației lunare, original și copie :

- actul de identitate al bolnavului și al reprezentantului legal ;
- certificatul de naștere în cazul minorilor (original și copie);
- certificatul de încadrare în grad de handicap
- cuponul de pensie sau adeverință salarîu (după caz)
- adeverință medicală medic familie sau specialist (din care să rezulte diagnosticul);
- extras de cont bancă(reprezentant legal).
- Nr.înregistrare **D.G.A.S.P.C** Caraș-Severin – **opțiune indemnizație lunară.**

- Pentru copiii cu handicap de până la 7 ani adeverință/negație de la Direcția Muncii- Prestații Sociale pentru celălalt părinte.

DECLARAȚIE

Subsemnatul _____, domiciliat în Reșița, str. _____ nr. _____ sc. _____ ap. _____, în calitate de _____, reprezentant legal al persoanei încadrate în gradul de handicap grav, al doamnei/domnului _____ domiciliat/având reședința în municipiul Reșița, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, etj. _____, ap. _____,

În calitate de reprezentant legal, am luat la cunoștință următoarele **obligatii, conform Legii nr.448/2006**, privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare, Ordinului nr.794/2002 privind aprobarea modalităților de plată a indemnizației cuvenite părinților sau reprezentanților legali ai copilului cu handicap grav, precum și adulților cu handicap grav sau reprezentantului său legal, precum și Hotărârea Guvernului nr.89/05.02.2010:

Să asigure îngrijirea corespunzătoare a persoanei cu handicap;

Să aducă la cunoștința Serviciului Public "Direcția de Asistență Socială" în termen de 48 de ore de la luarea la cunoștință, orice modificare cu privire la:

- **grad de handicap;**
- **domiciliul/ reședința;**
- **decesul persoanei încadrate în grad de handicap;**
- **în cazul acordării indemnizației în sumă fixă de către Casa Județeană de Pensii indemnizația pentru însoțitor, conform Legii nr.263/2010.**

Plata indemnizației se face pe perioada valabilității certificatului de încadrare în grad de handicap.

Sumele încasate necuvenit de către persoana cu handicap sau familia acesteia se recuperează, inclusiv dobânzile aferente. Sumele nerecuperate din cauza decesului persoanei cu handicap, se recuperează, după caz, de la moștenitori, familie sau reprezentanți legali, în condițiile dreptului comun.

Indemnizația se acordă începând cu luna următoare depunerii cererii și încetează cu luna următoare celei în care persoana cu handicap nu mai îndeplinește condițiile care au dus la stabilirea dreptului.

În caz contrar, voi suporta consecințele legii cunoscând faptul că falsul în declarații este considerată infracțiune potrivit art.292 din Codul penal.

Data: _____

Semnătura: _____

NR. _____

DECLARAȚIE,

Subsemnatul/a _____, domiciliat/ă
în Mun. Reșița, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap.
_____, posesor/posesoare a/al actului de identitate _____, seria _____, nr. _____, în
calitate de soț/soție, fiu/fiică, relația de rudenie _____, alte persoane
_____, al minorului/persoanei încadrat/e în gradul de handicap
grav cu asistent personal declar pe propria răspundere că sunt de acord ca datele cu caracter
personal menționate în cerere să fie utilizate conform Regulamentului (UE) 2016/679 (privind
protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind
libera circulație a acestor date), în scopul întocmirii actelor pentru acordarea beneficiilor și serviciilor
sociale la Direcția de Asistență Socială Reșița.

Data: _____

Semnătura: _____