Nr. _____/_____

C E R E R E

privind opțiunea pentru indemnizația de înoțitor cuvenită adulților cu handicap vizual grav conform art.42 din Legea 448/2006, republicată, privind protecţiaşi promovarea drepturilor persoanelor cu handicap

Subsemnatul/a _____ CNP / / / / / / / / / / / / / , cu domiciliul în loc._____str._____,nr._____, bl._____ sc_____ap_____județul Harghita, posesor al actului de identitate_____ seria_____nr._____ eliberat de _____ la data de_____,tel_____, în calitate de persoană cu handicap/ părinte/ reprezentant legal/ membru al familiei persoanei cu handicap_____cu CNP / / / / / / / / / / / / / , conform Certificatului de încadrare în grad de handicap nr._____eliberat la data de_____, cu grad de handicap _____valabil până la _____prin prezenta vă rog să-mi acordați indemnizația de însoțitor pentru adultul cu handicap vizual grav.

Solicit ca plata drepturilor cuvenite să se efectueze:
- prin mandat poștal ( )
- prin cont curent personal ( )
(În cazul plății pe cont se va anexa extrasul de cont)

Cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal privind falsul în declaraţii, declar pe propria răspundere următoarele: realizez venituri de natură / că persoana cu handicap realizează venituri de natură/_____, deţin acordul persoanei cu dizabilităţi pentru a depune această cerere. ( )

Mă oblig să comunic DGASPC Harghita , în termen de 48 de ore de la luarea la cunoştinţă, orice modificare cu privire la gradul de handicap, domiciliu sau reşedinţă, stare materială şi alte situaţii de natură să modifice acordarea drepturilor prevăzute de lege.

În conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) nr.679/2016, declar că sunt de acord ca datele mele cu caracter personal să fie prelucrate în scopul îndeplinirii obligațiilor legale de către D.G.A.S.P.C. Harghita privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap pentru a beneficia de drepturile prevăzute de lege.

Data _____

Numele și prenumele _____

Semnătura _____