

DECLARAȚIE

Subsemnatul _____, domiciliat în Comuna Leliceni, sat _____, nr. _____, Județul Harghita, identificat CI/BI seria _____, nr. _____, fiind încadrat în grad de handicap I, -grava-, conform Certificatului de încadrare în grad de handicap nr. _____/_____/_____/_____. eliberat de Consiliul Județean Harghita, prin Comisia de Evaluarea Persoanelor cu Handicap.

Prin prezenta declar că persoana care îmi va reprezenta interesele mele și va ridica indemnizația cuvenită va fi d.l/d.na _____.

(Numele și prenumele persoanei cu handicap) _____

(Numele și prenumele persoanei responsabile) _____

Leliceni, la _____

DECLARAȚIE

Subsemnata/ul _____, domiciliat în Comuna Leliceni, sat _____, nr. _____, Județul Harghita, identificat CI/BI seria _____, nr. _____, declar pe propria mea răspundere că voi respecta planul individual de servicii al persoanei adulte cu handicap grav, că voi îngriji persoana bolnavă, și solicit să fiu angajată ca asistent personal, pe baza Certificatului de încadrare în grad de handicap nr. _____/_____/_____/_____. eliberat de Consiliul Județean Harghita, prin Comisia de Evaluarea Persoanelor cu Handicap.

(Numele și prenumele persoanei responsabile) _____

Leliceni, la _____