Nr\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C E R E R E**

privind opțiunea pentru indemnizația de însoțitor cuvenită adulților cu handicap vizual grav conform art.42 din Legea 448/2006, republicată, privind protecţia şi 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( )persoana cu handicap realizează venituri de natură\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( )dețin acordul persoanei cu dizabilitate 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 obligaţiilor legale de către D.G.A.S.P.C. Harghita privind protecţia şi promovarea drepturilor persoanelor cu handicap pentru a beneficia de drepturile prevăzute de lege.***

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numele și prenumele\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Semnătura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_