|  |  |
| --- | --- |
| http://www.asistentasociala.info/css/images/stema_cerere.jpg | CONSILIUL LOCAL SECTOR 3DIRECŢIA GENERALĂ DE ASISTENŢĂ SOCIALĂ ŞI PROTECŢIA COPILULUI**Direcția Resurse Umane****Serviciul Asistenți Personali și Indemnizații Însoțitor** |

**Cerere încetare indemnizație însoțitor**

Timp de completare:15 min

**Doamnă Director,**

 Subsemnatul(a) ………………………..……………………………………………….………………............................, domiciliat/domiciliatã în drept : Municipiul Bucureşti, Str. ……………………………..….……….………..….. nr ………, bloc …….……, scara ………, etaj ……….…, ap. ……..., sectorul …….., telefon ……………..…………....,

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| C. | N. | P. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

În calitate de :

□ adult cu handicap grav,

□ părinte al copilului cu handicap grav,

□reprezentant legal al copilului/persoanei cu handicap grav interzise pe nume: ……………………………….………………… …….., conform certificatului/deciziei nr………… din data………..……………, eliberat/eliberatã de cãtre DAGSPC/CEPAH/CPC sector …….. sau județ……………………/Comisia Superioarã de Evaluare a Persoanelor cu Handicap pentru Adulţi,

***vã rog a aproba încetarea îndemnizatiei de însotitor acordată conform prevederilor art. 42 alin. (4) din Legea nr. 448/2006, republicatã***, începand cu data de ……………………………….………., ca urmare a exprimării opțiunii de a beneficia de asistent personal, angajarea acestuia urmând a produce efecte începând cu data de ……………………….. .

**Plata prestației sociale se face începând cu luna următoare depunerii cererii și încetează cu luna următoare celei în care persoana nu mai este încadrată în grad de handicap sau, după caz, în care persoana cu handicap nu mai îndeplinește condițiile care au dus la stabilirea dreptului sau solicită încetarea indemnizației de însoțitor (opțional).**

**Mă angajez, pe proprie răspundere, să anunț Serviciul Asistenți Personali și Indemnizații Însoțitor, în termen de 48 de ore, de la luarea la cunoștiință, orice modificare cu privire la schimbarea domiciliului/reședință, precum și alte situații de natură să modifice acordarea drepturilor prevăzute de lege, conform art. 59 din Legea 448/2006 .**

 Data …………………..…… Semnãtura………………

Vizat,

Serviciul Asistenți Personali si Indemnizație Însoțitor

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Datele dumneavoastră cu caracter personal sunt prelucrate de D.G.A.S.P.C. Sector 3 în conformitate cu art. 6 din Regulamentul UE 679/2016 în scopul îndeplinirii atribuțiilor legale. Datele pot fi dezvăluite unor terți în baza unui temei legal justificat. Vă puteți exercita drepturile prevăzute în Regulamentul UE 679/2016, printr-o cerere scrisă, semnată și datată transmisă pe adresa D.G.A.S.P.C. Sector 3*