|  |  |
| --- | --- |
|  | CONSILIUL LOCAL SECTOR 3  DIRECŢIA GENERALĂ DE ASISTENŢĂ SOCIALĂ ŞI PROTECŢIA COPILULUI  **SERVICIUL EVIDENȚĂ ȘI PLATĂ PRESTAȚII SOCIALE** |

**CERERE /INFORMARE  
*pentru persoanele cu handicap sau reprezentanții legali ai acestora***

***Subsemnata (ul),***

**Nume şi** prenume \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **în calitate de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_a/al **persoanei cu handicap** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

încadrat în grad de handicap **grav**/ **accentuat** /**mediu** / conform certificatului nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ din data de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_valabilitate \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_conform Legii 448/2006 – republicată

**vă solicit /vă comunic următoarele:**

**□ eliberarea unei adeverințe de evidență/negații** necesare la instituția \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**□ transferarea dosarului administrativ** **prestații sociale** către DGASPC sector/județ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ începand cu data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**□ emitere act identitate nou**  - Seria\_\_\_\_\_\_\_\_Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_emis la data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**□ schimbare mod plata prestații sociale** în **□** mandat poștal / **□** CONT BANCAR deschis la banca\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / cod IBAN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**□ informare deces persoana cu handicap** si

-Predat facilități transport RATB/ SNCFR: DA/ NU / nu s-au acordat

-Predat card parcare DA/ NU/ nu s-a acordat

-Predat legitimație handicap DA/ NU/ nu s-a acordat

-Predat rovinietă DA/ NU/ nu s-a acordat

**□ completare dosar administrativ cu următoarele documente** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**□ solicitare prestații sociale – pentru persoanele cu handicap venite prin transfer** în urma schimbării domiciliului/reședinței pe raza sectorului 3 de la DGASPC sector/judet \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Prezint următoarele documente*** *doveditoare pentru situația semnalată (act identitate ph, act identitate tutore, certificat deces, hotărâre punere sub interdicție, extras cont bancar)*

*Mă oblig ca în termen de 48 de ore – conform art. 59 lit. h) din Legea 448/2006, republicată – să aduc în scris la cunoştinţa Direcţiei Generale de Asistenţă Socială şi Protecţia Copilului Sector 3 orice modificare cu privire la gradul de handicap, domiciliu sau reşedinţă, starea materială şi alte situaţii de natură să influenţeze acordarea drepturilor prevăzute de lege*.

*Sunt de acord ca datele mele cu caracter personal sa fie 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. Cunosc faptul ca imi pot 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.*

**TELEFON CONTACT** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**adresa e-mail** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semnătură \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Preluare de către funcționar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*