|  |  |
| --- | --- |
|  | CONSILIUL LOCAL SECTOR 3  DIRECŢIA GENERALĂ DE ASISTENŢĂ SOCIALĂ ŞI PROTECŢIA COPILULUI |

**CERERE /INFORMARE**  
***pentru persoanele cu handicap***

***sau reprezentanții legali ai acestora***

***Subsemnata (ul),***

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

încadrat în grad de handicap:

**□ *grav CU asistent personal***

**□ *grav FĂRĂ asistent personal***

**□ *accentuat***

**□ *mediu***

**□** ***ușor***

conform certificatului de încadrare nr.\_\_\_\_\_ din data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ valabilitate \_\_\_\_\_\_\_\_conform Legii 448/2006 – republicată, vă solicit /vă comunic următoarele:

**□** eliberarea unei **adeverințe de evidență** necesare la **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**□** eliberarea unei **negații** necesare la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**□** eliberarea unei **adeverințe necesare la Oficiul Poștal pentru ridicare ind. însoțitor** în cazul p.h. decedate;

**□** **transferarea dosarului medical / dosar administrativ prestații sociale / dosar administrativ indemnizatie însoțitor** către DGASPC sector/județ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**□** **informare act identitate nou** persoana cu handicap / reprezentant legal - seria\_\_\_\_\_\_nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**□** **solicitare plata prestații sociale/indemnizație însoțitor** în **□** mandat poștal / **□** cont bancar

**□** **informare deces persoana cu handicap**

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

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

***Prezint următoarele documente doveditoare pentru situația semnalată*** *–* ***bifați căsuța corespunzătoare*** *-* (**□**act identitate ph, **□**act identitate tutore, **□**hotărâre tutelă, **□**certificat naștere, **□**certificat căsătorie, **□**certificat moștenitor, **□**certificat deces, **□**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*.

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

(obligatoriu)

data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semnătură \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*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.*