|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DGASPC S3****Direcția Resurse Umane****Serviciul Asistenți Personali și Indemnizații Însoțitor** | **EXPRIMARE OPȚIUNE****INDEMNIZAȚIE ÎNSOȚITOR****Pentru****MINORUL CU HANDICAP GRAV**Timp de completare: 15 min.Motivul completării - solicitare drepturi | NR. ÎNREGISTRARE |
|  |

**Doamnă Director,**

**Subsemnatul(a),**

**DATE PERSONALE ALE PĂRINTELUI SOLICITANT:**

**Nume şi** prenume \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Domiciliul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Act de identitate** BI/CI **seria** \_\_\_\_ **nr.** \_\_\_\_\_\_\_ e**liberat de către** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **la data de** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ în calitate de părinte/reprezentant legal al **copilului**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** încadrat în grad de handicap grav cu asistent personal, conform certificatului nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ din data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ valabilitate \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, prin prezenta îmi exprim opțiunea,conform Legii nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare:

* [ ] **asistent personal** angajat cu contract individual de muncă de către DGASPC;
* [ ] **indemnizația de însoțitor lunară** prevăzută la art. 43 din Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

**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.**

**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 .**

Telefon contact \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ adresa email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semnătura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VIZA:  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** asistent personalangajat cu contract individual de muncă de către DGASPC S3

 începând cu data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .