CONSILIUL LOCAL SECTOR 3
DIRECŢIA GENERALĂ DE ASISTENŢĂ
SOCIALĂ ŞI PROTECŢIA COPILULUI
SERVICIUL EVIDENTA SI PLATA PRESTATII SOCIALE

CERERE RESTITUIRE DREPTURI NEÎNCASATE
INDEMNIZAŢIE ÎNSOTITOR OPTIONAL
DECONT METROU

Subsemnata (ul),
Nume şi prenume _____

CNP _____, *vă solicit achitarea* ***indemnizaţiei de insoţitor opţional / decont metrou*** *neîncasate prin mandat poştal* aferente lunii _____

şi acordarea sumelor prin **cont bancar**,

pentru **persoana cu handicap - grav|_| accentuat |_|mediu |_|** _____

CNP_____ decedata la data de_____ (dacă este cazul).

Anexez prezentei cereri în copie:

- documente doveditoare pentru situatia semnalata (**act identitate persoana cu handicap** si tutore-daca e cazul, **certificat handicap**, certificat deces, certificat casatorie, hotarare divort, hotarare punere sub interdictie, extras cont bancar, acte doveditoare ale calitatii de mostenitor-fiu/fiica/sot/sotie/parinti etc.) **extras cont bancar.**

Mă oblig ca <u>în termen de 48 de ore</u> – conform art. 59 lit. f) din Legea 448/2006, republicată – să aduc în scris la cunoştinţa Direcţiei Generale de Asistenţă Socială şi Protecţia Copilului Sector 3 <u>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</u>.

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 atribuţiilor legale. Datele pot fi dezvăluite unor terţi în baza unui temei legal justificat. Vă puteţi exercita drepturile prevăzute în Regulamentul UE 679/2016, printr-o cerere scrisă, semnată şi datată transmisă pe adresa D.G.A.S.P.C. Sector 3.

Telefon contact _____

Data_____ Semnătură _____

VERIFICAT SI PRELUAT DE CATRE (nume/semnatura/parafa) _____
*TITULAR DREPTURI/ REPREZENTANT*_____
*NR. DECIZIE*_____ *PERIOADA*_____ *SUMA*_____
*MOTIV RESPINGERE*_____