

CERERE

Subsemnata(ul), _____,
CNP _____ , domiciliată(domiciliat) în localitatea _____, strada _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, jud. Hunedoara, posesor al actului de identitate* _____ seria _____, nr. _____, eliberat de _____, la data de _____, persoană cu handicap grav/accentuat**, în calitate de părinte/reprezentant legal al copilului/copiilor cu handicap:

1) _____, CNP _____, certificat de handicap** nr. _____, din data de _____

2) _____, CNP _____, certificat de handicap** nr. _____, din data de _____

Vă rog să aprobați acordarea în continuare/reluarea plății sprijinului lunar.

Solicite ca plata să se achite în continuare prin:

mandat poștal

cont bancar nr. *** _____

Declar pe proprie răspundere că nu realizează alte venituri în afara beneficiilor de asistență socială destinate persoanelor cu dizabilități.

Declar pe proprie răspundere că nu sunt asistent personal al copilului/copiilor cu handicap grav și că nu beneficiaz de indemnizația de însoțitor pentru acesta/aceștia prevăzută la art.42 din Legea 448/2006 republicată.

Declar pe proprie răspundere că mă ocup de creșterea și îngrijirea copilului/copiilor, că acesta/aceștia locuiește/locuiesc împreună cu mine și că nu este/sunt încredințat/încredințați sau dat/dați în plasament unei alte persoane ori unui organism privat autorizat sau serviciu public.

Cunoscând prevederile Codului penal cu privire la falsul în declarații, respectiv că declararea necorespunzătoare a adevărului făcută unui organ sau instituții de stat se pedepsește cu închisoare, declar pe proprie răspundere că datele și informațiile prezentate corespund realității.

Prin prezenta cerere sunteți informat că datele cu caracter personal sunt prelucrate în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției.

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere și din actele atașate la aceasta, vor fi prelucrate de AJPIS Hunedoara cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal, și libera circulație a acestor date.

Telefon de contact: _____

Data,

Semnătura solicitantului,

**se va specifica tipul actului de identitate: CI - carte de identitate CIP - carte de identitate provizorie*

***se va anexa certificatul de handicap al adultului și al copilului/copiilor*

****se va anexa extrasul de cont al părintelui/reprezentantului legal care primește sprijinul lunar*