

DGASPC județ/sector.....
Nr. înregistrare...../dată.....

Domnule Director,

Subsemnatul(a),

DATE PERSONALE ALE PĂRINTELUI SOLICITANT:

Nume și prenume _____ CNP _____

Domiciliul _____

Act de identitate BI/CI seria ___ nr. _____ eliberat 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 Direcția Asistență Personală, în termen de 48 de ore, de la luarea la cunoștință, 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 personal angajat cu contract individual de muncă de către DGASPC

începând cu data de _____ .