cerere opțiune indemnizație și/sau solicitare prestațíi sociale și facilități copil grav cu asistent personal

COPIL

CERERE

CĂTRE

SERVICIUL PRESTAŢII SOCIALE ŞI FACILITĂŢI

Subsemnatul(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu domiciliul în Bucureşti,str.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_ bl. \_\_\_\_\_\_\_\_ sc. \_\_\_\_ ap. \_\_\_\_\_\_ sector 6, locuind în fapt în \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr.\_\_\_\_\_\_\_, bl.\_\_\_\_\_\_\_, sc.\_\_\_\_\_\_\_, ap.\_\_\_\_\_\_\_\_, posesor al BI/CI/CP seria \_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ eliberat(ă) de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în calitate de................................................ al copilului..............................................................., născut la data de.................................., CNP........................................., fiind încadrat(ă) în grad de handicap, conform Certificatului nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_, eliberat la data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, emis Comisia Protecția Copilului sector 6/......., cu valabilitate \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vă rog să-mi aprobaţi acordarea următoarelor prestaţii sociale şi/sau facilităţi (după caz), conform opțiunii mele exprimate potrivit prevederilor art. 42, al. 2, respectiv al. 4 și 5 ale Legii 448/2006 privind promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu toate modificările și completările ulterioare, inclusiv ale OUG nr. 51/30.06.2017 pentru modificarea și completarea unor acte normative, astfel:

 PRESTAȚII SOCIALE:

* OPȚIUNE Copil cu handicap grav:

asistent personal

 indemnizaţie lunară prevăzută la art. 42, alin. 4 din Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap

* Buget personal complementar lunar grad grav....... accentuat…… mediu .........

 FACILITĂȚI copil cu handicap grav/accentuat/mediu:

* Gratuitatea transportului în comun de suprafaţă PH….……………….……….………………

AP………………………………..…………

* Gratuitatea transportului cu metroul PH…...………………………………………….… AP………………………………………………. …
* Însoţitorii copiilor/persoanelor cu handicap au obligaţia de a utiliza abonamentele lunare numai în prezenţa acestora; în cazul în care organele de control constată că însoţitorul utilizează legitimaţia fără a fi prezentă persoana cu handicap, acesta va fi obligat să achite contravaloarea abonamentului pentru însoţitor de la data eliberării legitimaţiei până la data constatării contravenţiei.
* Abonamentul lunar pentru o nouă lună calendaristică va fi acordat numai cu condiţia prezentării precedentului abonament.
* Prezenţa beneficiarului/reprezentantului legal la solicitarea abonamentului lunar este obligatorie.
* În cazul pierderii, furtului abonamentului de transport cu metroul, la solicitarea scrisă a beneficiarului, i se va elibera acestuia, la momentul prezentării la sediul DGASPC sector 6 un nou abonament lunar numai după prezentarea anunţului de pierdere efectuat într-un cotidian de presă.
* Gratuitatea transportului interurban (CFR, Autobuze, transport fluvial)..………………
* Legitimaţie card-parcare ……………………………………………………….

Doresc să primesc prestaţiile sociale prin:

Mandat poştal Cont bancar personal Casierie

Mă oblig să aduc la cunoştinţă Direcţiei Generale de Asistenţă Socială şi Protecţia Copilului sector 6, în termen de 48 de ore de la luarea la cunoştinţă, orice modificare cu privire la gradul de handicap, domiciliu sau reşedinţă, starea materială şi alte situaţii de natură să modifice acordarea drepturilor prevăzute de lege.

Telefon:........................

DATA………………… SEMNĂTURA..........................

Verificat îndeplinirea prevederilor legale în privinţa acordării/încetării

prestaţiilor sociale şi facilităţilor, conform gradului de handicap,

Inspector/referent\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_