

# CERERE DE DECONT ABONAMENT DE TRANSPORT ÎN COMUN CU METROUL

## CĂTRE SERVICIUL PRESTAȚII SOCIALE ȘI FACILITĂȚI

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_, cu domiciliul în București, 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 \_\_\_\_\_, fiind încadrat(ă) în grad de handicap, conform Certificatului/Deciziei nr. \_\_\_\_\_, eliberat(ă) la data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, emis(ă) de S.C.P.A.H. sector 6/Comisia Superioară, cu valabilitate \_\_\_\_\_, în calitate de:

- ❖ persoană cu handicap
- ❖ însoțitor al persoanei cu handicap.....
- ❖ asistent personal al persoanei cu handicap.....

vă rog să-mi aprobați decontarea abonamentului/abonamentelor lunare cu număr nelimitat de călătorii, cu următoarele serii:

1. ....
2. ....
3. ....

pentru lunile....., anul.....

Anexez la prezenta cerere următoarele documente:

1. copie act de identitate\*;
3. abonamentul/abonamentele lunare menționate mai sus, în original\*\*
4. extras de cont al persoanei îndreptățite (persoana cu handicap, reprezentant legal sau asistent personal)\*

\* se depune o singură dată

\*\* abonamentul lunar cu număr nelimitat de călătorii, folosit și cu valabilitate expirată, în original, cu data inscripționată a primei zile de utilizare, cât și a ultimei zile.

Pentru cazul achiziționării unui abonament lunar reîncărcabil (din material plastic) se va prezenta bonul de reîncărcare a acestuia, în original, care să precizeze perioada de valabilitate lunară.

Sunt de acord/nu sunt de acord cu prelucrarea datelor mele cu caracter personal, potrivit prevederilor Reg. nr 679/2016 privind protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

**Mă oblig să aduc la cunoștință Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului sector 6, în termen de 48 de ore de la luarea la cunoștință, orice modificare cu privire la gradul de handicap, domiciliu sau reședință, starea materială și alte situații de natură să modifice acordarea drepturilor prevăzute de lege.**

Telefon:.....

Adresă de mail.....

Semnătura..... data.....

Verificat condiții de decontare conform HCL nr 1/2023.

Propun la aprobare suma de.....lei.

Nume, prenume inspector..... semnătura.....data.....