

APROBAT DIRECTOR

C E R E R E
de acordare a drepturilor cuvenite persoanelor adulte
și minorilor cu handicap

CĂTRE,
CONSILIUL JUDEȚEAN ARAD
DIRECȚIA GENERALĂ DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ
ȘI PROTECȚIA COPILULUI ARAD

Subsemnatul _____, **domiciliat în**
_____, sat / str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____,
ap. _____ jud. _____, identificat cu CI / CN Seria _____, nr. _____ eliberat de Primăria
/ Poliția _____ la data de _____, CNP: _____, încadrat în grad
de handicap _____*, conform certificatului de încadrare nr. _____ / _____**,
emis de către Comisia de Evaluare a Persoanelor cu Handicap pentru Adulți / Minori Arad, prin
_____*** în calitate de _____**** vă rog să-mi aprobați acordarea
drepturilor prevăzute în Legea 448/2006, **termen valabilitate certificat** _____.

În conformitate cu prevederile art.58, lit. f) din legea nr.448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, mă oblig să aduc la cunoștința Direcției Generale de Asistență și Protecția Copilului Arad, 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.

Menționez faptul că **AM AVUT / NU AM AVUT** certificat de încadrare în grad
de handicap

Optez pentru angajarea unui asistent personal.....

Optez pentru indemnizație de însoțitor.....

Declar că sunt în îngrijire copil până la 2ani/3/ani/7ani.....

Declar că nu beneficiaz de indemnizație de însoțitor de la C.N.P.A.S.....

Declar că beneficiaz de indemnizație de însoțitor de la C.N.P.A.S

Declar că minorul este prescolar

NUMELE ȘI PRENUMELE: _____

SEMNĂTURA _____

DATA _____ 201 _____

* se menționează gradul de handicap
** se menționează numărul și data eliberării certificatului
*** se menționează numele curatorului, reprezentantului legal, tutorelui
**** se menționează calitatea pe care o are persoana care completează cererea față de persoana cu handicap