



Consiliul Local Municipal Brăila
**Direcția de Asistență
Socială**

Brăila, Strada Scolilor, nr.64
Cod fiscal: 15752478
Tel. 0239 629322 / Fax 0239 614174
secretariat@dasbraila.ro / www.dasbraila.ro
Operator de date cu caracter personal 18836

SERVICIUL EVIDENTA PERSOANE CU DIZABILITATI

DOAMNĂ DIRECTOR,

Subsemnatul(a) _____, domiciliat(ă) în Brăila, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, județul Brăila, posesor(posesoare) al (a) buletinului/cărții de identitate seria _____, nr. _____, eliberat(ă) de _____, în calitate de reprezentant legal al numitului/numitei _____, persoană cu handicap grav conform certificatului nr. _____/_____ eliberat de Comisia de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap, vă rog să aprobați **acordarea indemnizației lunare** conform art.42 alin.4 din Legea nr.448/2006, privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată cu modificările și completările ulterioare.

Odată cu prezenta cerere anexez și următoarele acte :

1. acte de identitate (titular și persoana cu handicap grav) - copie;
2. dispoziție de instituire a curatelei - copie;
3. certificat de încadrare în handicap și program individual de recuperare - copie;
4. decizie de pensionare (dacă este cazul) - copie;
5. număr de înregistrare al cererii de solicitare acord indemnizație lunară depusă pe str. Carpați nr.1 bis;
6. dosar cu șină;
7. extras de cont (dacă se optează pentru plata indemnizației lunare într-un cont bancar).

Data

Nume și prenume, semnătura

Telefon contact: _____