



SERVICIUL EVIDENTA PERSOANE CU DIZABILITATI

DOAMNĂ DIRECTOR,

Subsemnatul (subsemnata) _____, având CNP _____, domiciliat (domiciliată) în municipiul Brăila, str. _____ nr. _____, bl _____, sc. _____, ap _____, legitimat cu C.I./B.I./C.I.P. seria _____ nr. _____, eliberată de _____, la data de _____, persoană cu handicap grav/reprezentantul legal al persoanei 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.

La prezenta cerere anexez :

- acte de identitate (titular și persoana cu handicap grav) - copie;
- dispoziție de instituire a curatelei/tutelei (dacă este cazul) - copie;
- certificat de încadrare în handicap și program individual de reabilitare și integrare socială/program de abilitare-reabilitare - copie;
- decizie de pensionare (dacă este cazul) - copie;
- număr de înregistrare al cererii de solicitare acord indemnizație lunară depusă pe str. Carpați nr.1 bis;
- extras de cont (dacă se optează pentru plata indemnizației lunare într-un cont bancar)

Data

Nume și prenume, semnătura

Telefon contact: _____