



Nr. _____ / _____

Către

Direcția de Asistență Socială

Subsemnatul/a _____, cu domiciliul în Reșița, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, etj. _____, ap. _____, cu reședința/locuind în fapt, în Reșița, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, etj. _____, ap. _____, persoană încadrat/ă în grad de handicap grav cu asistent personal conform certificatului de încadrare într-o categorie de persoane cu handicap care necesită protecție specială nr. _____ din data de _____, eliberat de Comisia de evaluare complexă a persoanelor cu handicap adulți,

în nume propriu

prin:

- **reprezentant legal** (tutore/curator):

Domnul/Doamna _____, domiciliat/ă în Reșița, str. _____, bl. _____, nr. _____, sc. _____, ap. _____, desemnat/ă în această calitate prin Sentința/Încheierea civilă nr. _____ a Judecătoriei Reșița, pronunțată în dosarul nr. _____.

- **reprezentant convențional:**

Domnul/Doamna _____, domiciliat/ă în Reșița, str. _____, bl./nr. _____, sc. _____, ap. _____, desemnat în această calitate prin Convenția/Procura/Mandat/Împuternicirea nr. _____ / _____ eliberată de Notariat _____.

- **persoană desemnată de titular ca persoană de contact:**

Domnul/Doamna _____, domiciliat/ă în Reșița, str. _____, bl./nr. _____, sc. _____, ap. _____, în calitate de (gradul de rudenie/afinitate) _____, prin prezenta solicit:



- acordarea unei indemnizații lunare;
- trecerea de la asistent personal la indemnizație lunară;
- schimbare reprezentant legal/convențional.

Prin prezenta, mă angajez să aduc la cunoștință Direcției de Asistență Socială, în termen de 48 de ore de la luarea la cunoștință, orice modificare cu privire la gradul de handicap, domiciliu sau reședință, stare materială, internarea într-un centru rezidențial/centru medical sau medico-social pe o perioadă mai mare de 30 de zile, sau orice altă modificare a situației juridice a persoanei încadrate în grad de handicap.

„Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate în conformitate cu Regulamentul (UE) NR. 679/2016”.

Optez pentru următoarea modalitate de acordare a indemnizației:

- Cont bancar titular/reprezentant legal: tutore/ curator
- Casierie

Vă mulțumesc.

Data: _____

Semnătură titular: _____

Semnătură reprezentant legal (Tutore/Curator) _____

Semnătură reprezentant convențional (Împuternicit/Mandatar) _____

Semnătură persoană desemnată de titular ca persoană de contact (gradul de rudenie/afinitate) _____

Date de contact persoană cu handicap:

Telefon: _____ email: _____

Date de contact reprezentant legal/convențional/persoană desemnată:

Telefon: _____ email: _____



Nr. _____ / _____

DECLARAȚIE

Subsemnatul/a _____, domiciliat/ă în Reșița, str. _____ nr. _____ sc. _____ ap. _____, în calitate de _____, reprezentant legal/convențional/persoană desemnată al persoanei încadrate în gradul de handicap grav cu asistent personal doamnel/doamna _____ domiciliat/ă în municipiul Reșița, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, etj. _____, ap. _____, **cunoscând prevederile art. 326 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, cu privire la falsul în declarații,**

DECLAR URMĂTOARELE

Am luat la cunoștință de următoarele **obligatii, conform Legii nr.448/2006**, privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare, Ordinului nr.794/2002 privind aprobarea modalităților de plată a indemnizației cuvenite persoanei cu handicap, părinților sau reprezentanților legali/convențional/persoană desemnată al persoanei cu handicap:

1.Să asigur îngrijirea corespunzătoare a persoanei cu dizabilități;

2. Să aduc la cunoștință Direcției de Asistență Socială în termen de 48 de ore de la luarea la cunoștință, orice modificare privind situația juridică a persoanei cu dizabilități pe care o reprezintă referitoare la:

- **gradul de handicap;**
- **domiciliul/ reședința;**
- **decesul persoanei încadrate în grad de handicap;**
- **în cazul acordării indemnizației în sumă fixă de către Casa Județeană de Pensii - indemnizația pentru însoțitor, conform Legii nr.263/2010.**
- **internarea persoanei cu handicap într-o instituție de ocrotire/centru rezidențial, centru medical, centru socio-medical pe o perioadă mai mare de 30 de zile.**



3.Să aduc la cunoștință Direcției de Asistență Socială în termen de 48 de ore de la luarea la cunoștință, orice modificare privind situația mea juridică, referitoare la:

- **domiciliu/ reședință;**
- **calitatea de reprezentant legal/convențional/persoană desemnată al persoanei cu dizabilități;**
- **orice situație privind imposibilitatea ridicării și administrării sumelor de bani primite cu titlu de indemnizație pentru persoana cu dizabilități pe care o reprezint.**

4. Să ridic și să utilizez sumele de bani primite cu titlu de indemnizație lunară în interesul exclusiv al persoanei cu dizabilități.

Cunosc faptul că sumele încasate necuvenit de către persoana cu dizabilități sau familia acesteia se recuperează, inclusiv dobânzile aferente. Sumele nerecuperate din cauza decesului persoanei cu dizabilități, se recuperează, după caz, de la moștenitori, familie sau reprezentanți legali, în condițiile dreptului comun.

Totodată, mă angajez să restitui sumele încasate necuvenit pentru persoana cu dizabilități în termen de 5 zile lucrătoare de la sesizarea erorii sau a notificării Direcției de Asistență Socială.

„Am luat la cunoștință și sunt de acord ca informațiile din prezenta cerere să fie utilizate și prelucrate în conformitate cu Regulamentul (UE) Nr.679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date”.

Data: _____

Semnătura: _____



Anexez următoarele acte pentru acordarea indemnizației lunare:

- **actul de identitate al titularului;**
- **actul de identitate al reprezentantului legal/convențional (după caz);**
- **pentru reprezentantul legal (tutore/curator): hotărârea judecătorească (sentință/Încheiere civilă) prin care a fost desemnat în calitate de tutore/curator;**
- **pentru reprezentantul convențional (Mandatar/Împuternicit): convenția/contractul de mandat/împuternicirea eliberată de un Birou Notarial;**
- **certificatul de încadrare în grad de handicap;**
- **cuponul de pensie sau adeverință salariu (după caz);**
- **adeverință medicală medic familie sau specialist (din care să rezulte diagnosticul);**
- **extras de cont bancă titular/reprezentant legal;**
- **Nr. înregistrare D.G.A.S.P.C Caraș-Severin – opțiune indemnizație lunară.**