



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. _____, în calitate de reprezentant legal (părinte/tutore) al copilului _____, născut la data de _____ încadrat/ă în grad de handicap grav conform certificatului de încadrare a copilului cu dizabilități care necesită protecție specială nr. _____ din data de _____, eliberat de Comisia pentru Protecția Copilului Caraș – Severin, 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 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”.

Vă mulțumesc.

Data: _____

Semnătură reprezentant legal (Părinte/Tutore) _____

Telefon: _____ **email:** _____

DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ

Adresa: Piața Republicii Nr.44, Telefon: 0355/080242, E-mail: asistenta.sociala@primariesita.ro

DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ este operator de date cu caracter personal-cod 19448

E-mail: protectiadatelor@primariesita.ro



Nr. _____ / _____

DECLARAȚIE

Subsemnatul/a _____, domiciliat/ă în Reșița, str. _____ nr. _____ sc. _____ ap. _____, în calitate de _____, părinte/tutore al minorului încadrat în gradul de handicap grav cu asistent personal minorul/minora _____ 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 dizabilități:

1. **Să asigur îngrijirea corespunzătoare a minorului.**
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 minorului cu dizabilități pe care o reprezintă referitoare la:**
 - **gradul de handicap;**
 - **domiciliul/reședința;**
 - **decesul minorului încadrat în grad de handicap;**
 - **internarea minorului cu dizabilitate într-o instituție de ocrotire/centru rezidențial, centru medical, centru socio-medical pe o perioadă mai mare de 30 de zile.**

DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ

Adresa: Piața Republicii Nr.44, Telefon: 0355/080242, E-mail: asistenta.sociala@primariesita.ro

DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ este operator de date cu caracter personal-cod 19448

E-mail: protectiadatelor@primariesita.ro



-
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 părinte/tutore al minorului cu dizabilitate;**
 - **orice situație privind imposibilitatea ridicării și administrării sumelor de bani primite cu titlu de indemnizație pentru minorul cu dizabilitate pe care o reprezintă.**
4. **Să ridic și să utilizez sumele de bani primite cu titlu de indemnizație lunară în interesul exclusiv al minorului cu dizabilitate.**

Cunosc faptul că **sumele încasate necuvenit de către părinte/tutore al minorului cu dizabilitate se recuperează, inclusiv dobânzile aferente. Sumele nerecuperate din cauza decesului minorului cu dizabilitate, se recuperează, după caz, de la moștenitori, familie sau reprezentanți legali, în condițiile dreptului comun.**

Totodată, mă angajez să restitui sumele încasate necuvenit pentru minorul 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, original și copie :

- **actul de identitate al Părinte/Tutore;**
- **certificatul de naștere al minorului/ minorei;**
- **certificatul de încadrare în grad de handicap;**
- **adeverință medicală medic familie sau specialist (din care să rezulte diagnosticul);**
- **extras de cont bancă Părinte/Tutore;**
- **Nr. înregistrare D.G.A.S.P.C Caraș-Severin – opțiune indemnizație lunară.**
- **Pentru copiii cu handicap de până la 7 ani adeverință/negație de la Agenția Județeană pentru Plăți și Inspecție Socială Caraș – Severin pentru ambii părinți.**