

Către
Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Timiș,

Subsemnatul (a) _____ domiciliat (ă) în
_____ str. _____ nr. _____, bl. _____,
sc. _____, ap. _____, județul Timiș, posesor al B.I./C.I. seria _____ nr. _____,
CNP _____, telefon _____, e-mail _____ în calitate de:
- persoană cu handicap gradul grav, cu asistent personal, conform certificatului / deciziei de
încadrare în grad de handicap nr. _____ din data _____, emis(ă) de către C.E.P.A.H. /
C.S.E.P.A.H.,
- reprezentant legal (părinte, tutore, curator) / aparținător (_____
_____) al persoanei cu handicap _____, gradul grav, cu
asistent personal, conform certificatului / hotărârii / deciziei de încadrare în grad de handicap nr.
_____ din data _____, emis(ă) de către C.E.P.A.H./C.P.C. județ _____
/C.S.E.P.A.H., domiciliată în _____
C.N.P. _____.

Având în vedere prevederile art. 42 din Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea
drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificări și completări ulterioare, cu Norme
metodologice de aplicare aprobate prin H.G. nr. 268/2007, modificate și completate prin H.G. nr.
89/2010, prin prezenta optez și solicit acordul instituției dumneavoastră pentru:

- asistent personal
 indemnizație lunară
 indemnizație însoțitor (persoana cu handicap vizual grav cu asp)

Anexez în copie:

- certificatul de încadrare în grad de handicap a adultului /copilului;
- carte de identitate a persoanei cu handicap /reprezentantului legal/certificat de naștere copil;
- cupon de pensie/adeverință salar / adeverință venit /adeverință ANAF (persoanele fără venit) etc.

*Cererea trebuie completată lizibil și cu toate datele de identificare. În caz contrar completarea ilizibilă precum și lipsa
datelor de identificare poate conduce la nesoluționarea cererii.*

*Mă oblig să aduc la cunoștință primăriei de domiciliu/reședință, în termen de 5 zile, acordul exprimat, precum și să
aduc la cunoștință Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului Timiș, în termen de 48 de ore, de la luarea la
cunoștință, orice modificare cu privire la gradul de handicap, domiciliu sau reședință, reînnoire act de identitate (buletin, carte
de identitate, carte de identitate simplă, carte electronică de identitate + adeverință privind adresa de domiciliu / reședință,
starea materială și alte situații de natură să modifice acordarea drepturilor prevăzute de lege. (art. 59 lit. h) din Legea nr.
448/2006 republicată).*

*Datele vor fi stocate și utilizate în scopuri strict legate de finalizarea activităților pentru care sunt solicitate, conform
Regulamentului UE 679/2016 al Parlamentului European*

Data _____

Semnatura _____

România
Consiliul Județean Timiș

Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului
Timișoara, Piața Regina Maria, nr. 3, tel. 0256-490925, tel./fax 0256-499983;
e-mail: dgaspctm@gmail.com; sedph.dgaspctm@yahoo.com; [http:// www.dgaspctm.ro](http://www.dgaspctm.ro)

Nr. Dosar pers.cu handicap _____

Data _____

Observații _____

VERIFICAT ÎN EVIDENȚE ȘI
CERTIFIC EXACTITATEA DATELOR

(semnatura/parafa inspector de specialitate)

DE ACORD
Șef S.E.D.P.D.R
Ancuța Ioana Miron