

Domnule Director ,

Subsemnatul (a) _____ cu ,
domiciliul in orasul Filiasi , Str. _____ , nr. _____ , bl. _____ ,
sc. _____ , ap. _____ , jud. Dolj , in calitate de curator / reprezentant legal al numitului
(numitei) _____ persoana cu handicap grav ,
va rog a-mi aproba acordarea indemnizatiei de insotitor conform Legii 448 / 2006 , cu
modificarile si completarile ulterioare , incepand cu data de _____ .

Data

Semnatura

Domnului Director al Directiei de Asistenta Sociala Filiasi

Azi:
Dat în fața noastră

A N G A J A M E N T

Subsemnata _____ domiciliat în orașul Fiiasi,
Satul _____, str. _____, nr. _____, bL. _____, sc _____,
ap. _____, județul Dolj, posesor al C.I seria _____ nr. _____ eliberat la data de
_____ către SPCLEP Fiiasi.

Declar pe propria-mi răspundere că mă angajez să anunț Direcția de Asistență Sociala Fiiasi , cu sediul în Fiiasi b-dul Racoșeanu nr. 160 în termen de 10(zece) zile de la apariție, orice modificare precum și orice altă situație de natură să împiedice realizarea obligațiilor față de persoana aflată în îngrijire, supraveghere și ajutor permanent și să respect obligațiile prevăzute de art. 38 din Legea nr. 448/2006 - republicată, cu modificările și completările ulterioare.

Prezentul angajament constituie titlu executoriu pentru recuperarea eventualelor sume primite necuvenit.

Semnătura

Data în fața noastră

Azi _____

DECLARATIE

Subsemnatul(a) _____

din orașul/sat _____

str. _____ nr. _____ Bl. _____, Sc. _____ Ap. _____ județul Dolj

Declar că am fost informat(ă) că datele cu caracter personal sunt lucrate în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției.

Am luat la cunoștință că informațiile din cererea depusă și din actele anexate la aceasta, vor fi prelucrate de DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ FILIAȘI cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

Data _____

Semnătura _____

DOAMNUL DIRECTOR ,

Subsemnatul/a _____, CNP _____, BI/CI
Seria _____ Nr. _____, cu domiciliul în _____, Str. _____,
Nr. _____, Bl. _____, Sc. _____, Et. _____, Ap. _____,
telefon _____,

persoană cu handicap grav, beneficiar de indemnizație lunară, conform Legii nr. 448/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

reprezentant legal / curator al persoanei cu handicap grav care beneficiază de indemnizație lunară, conform Legii nr. 448/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

vă rog să-mi aprobați eliberarea unei adeverințe.

Menționez că adeverința îmi este necesară la _____.

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate conform Regulamentului European 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,

DOAMNULUI DIRECTOR AL DIRECȚIEI DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ FILIASI

DOAMNUL DIRECTOR ,

Subsemnatul/a _____, CNP _____, BI/CI
Seria _____ Nr. _____, telefon _____, cu domiciliul în Filiasi ,
str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, în calitate de
_____ al/a persoanei cu handicap _____ beneficiar/ă de
indemnizație lunară conform Legii nr. 448/2006 republicată, cu modificările și completările
ulterioare, solicit încetarea/suspendarea/reluarea plății indemnizației lunare începând cu data
de _____ din următoarele motive:

_____.

Anexez în copie următoarele acte:

- _____
- _____
- _____

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate conform
Regulamentului European 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,

DOAMNULUI DIRECTOR AL DIRECȚIEI DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ FILIASI

DOAMNUL DIRECTOR GENERAL,

Subsemnatul/a _____, CNP _____,
BI/CI Seria ___ Nr. _____, cu domiciliul în Filiasi, Str. _____,
Nr. _____, Bl. _____, Sc. _____, Et. _____, Ap. _____, beneficiar de indemnizație lunară, conform
Legii nr. 448/2006 republicată, cu modificările și completările ulterioare, vă prezint
certificatul de handicap cu nr. _____ emis de către Comisia
de Evaluare a Persoanelor cu Handicap pentru Adulți Dolj/Comisia pentru Protecția Copilului
Dolj.

Telefon de contact: _____

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate conform
Regulamentului European 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,

DOAMNEI DIRECTOR GENERAL AL DIRECȚIEI GENERALE DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ FILIASI