

NR.

**Către,**

**Direcția de Asistență Socială Arad**

Subsemnatul /a \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_, identificat cu B.I. / C.I. seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, eliberat de \_\_\_\_\_, la data de \_\_\_\_\_, cu domiciliul în \_\_\_\_\_ și locuind în fapt în \_\_\_\_\_, solicit

în nume propriu,

prin reprezentant legal \_\_\_\_\_,

CNP \_\_\_\_\_, cu domiciliul \_\_\_\_\_, și locuind în fapt \_\_\_\_\_, în baza actului de reprezentare (tip act, nr/dată) \_\_\_\_\_ ;

Acordarea indemnizației lunare conform art. 42 alin. 5 din Legea nr. 448/2006 , republicată cu modificările și completările ulterioare, urmare certificatului de încadrare în grad de handicap nr. \_\_\_\_\_, din data de \_\_\_\_\_, eliberat de Comisia de evaluare complexă a persoanelor cu handicap din cadrul D.G.A.S.P.C. Arad.

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi utilizate și prelucrate în conformitate cu prevederile Regulamentului European (UE) nr. 2016/679 27.04.2016.

Arad, la \_\_\_\_\_

Semnătura,

**Declarație,**

Subsemnatul (beneficiar  /reprezentant legal ) \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_, identificat cu B.I. / C.I. seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, eliberat de \_\_\_\_\_, la data de \_\_\_\_\_, prin prezenta declar că mă oblig să anunț orice modificare de natură să influențeze acordarea drepturilor prevăzute de Legea nr. 448/2006 în termen de 48 ore de la producere.

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi utilizate și prelucrate în conformitate cu prevederile Regulamentului European (UE) nr. 2016/679 27.04.2016.

Arad, la \_\_\_\_\_

Semnătura,

F-PSv-01-SPS-29 Ediția 1

Durata medie de completare a formularului: 5 minute

Colectarea informațiilor se realizează conform prevederilor: Legii nr. 448/2006 republicată, cu modificările și completările ulterioare și HGR nr. 268/2007 cu modificările și completările ulterioare