

Nr. telefon

ANEXA 2

CERERE

Subsemnatul(a), având codul numeric personal, domiciliat(ă) în localitatea, str. nr., bl., sc., et., ap., județul, posesor/posesoare al (a) actului de identitate seria nr., eliberat de la data de născut(ă) la data de în localitatea/județul, fiul (fiica) lui și al (a), persoană cu handicap grav cu drept la asistent personal potrivit Certificatului de încadrare în grad de handicap nr., eliberat de, încadrată în gradul I de invaliditate, potrivit Deciziei medicale asupra capacității de muncă nr., emisă de, cunoscând prevederile art. 42 din Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și prevederile din Codul penal privind falsul în declarații, declar pe propria răspundere că, la data prezentei, **beneficiez/nu beneficiez** de asistent personal/indemnizație lunară prevăzută la art. 43 din Legea nr. 448/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, respectiv indemnizație de însoțitor prevăzută la art. 58 alin. (3) din aceeași lege, în cazul persoanei cu handicap vizual grav, și optez pentru:

- asistent personal;

- indemnizație lunară prevăzută la art. 43 din Legea nr. 448/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, respectiv indemnizație de însoțitor prevăzută la art. 58 alin. (3) din aceeași lege, în cazul persoanei cu handicap vizual grav;

- indemnizație de însoțitor prevăzută la art. 77 din Legea nr. 263/2010 privind sistemul unitar de pensii publice, cu modificările și completările ulterioare.

Data

.....

Semnătura

.....

*1) Prezenta cerere se întocmește în două exemplare, un exemplar va rămâne la casa teritorială/sectorială de pensii, celălalt exemplar se va transmite, de către casa teritorială/sectorială de pensii, direcției generale de asistență socială și protecția copilului județene, respectiv a sectorului municipiului București.