

**DOMNULE DIRECTOR,**

Subsemnatul (a) \_\_\_\_\_ reprezentant legal/curator al persoanei cu handicap grav \_\_\_\_\_ domiciliat în localitatea \_\_\_\_\_, comuna \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_ județul \_\_\_\_\_ posesor al actului de identitate \_\_\_\_\_ seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ eliberat de \_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_ declar că optez pentru \_\_\_\_\_ conform art. 42 din Legea nr.448/2006 cu modificările și completările ulterioare.

**Cunoscand prevederile legii penale privind sancționarea declarațiilor false, declar următoarele date despre persoana cu handicap grav (numele și prenumele) \_\_\_\_\_ CNP \_\_\_\_\_ :**

- este încadrată în grad de handicap grav conform Certificatului nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_ emis de Comisia de evaluare a persoanelor cu handicap pentru adulți \_\_\_\_\_ /Comisia pentru Protecția Copilului \_\_\_\_\_
- este încadrată în grad de handicap grav conform Deciziei nr \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_ emisă de Comisia superioară de expertiză medicală a persoanelor cu handicap pentru adulți \_\_\_\_\_ ca urmare a contestației depuse la certificatul emis de către comisia de evaluare a persoanelor cu handicap adulte \_\_\_\_\_
- este pensionar limită de vârstă \_\_\_\_\_
- este pensionar de urmaș \_\_\_\_\_
- este pensionar de invaliditate gradul \_\_\_\_\_ (Decizia medical- asupra capacității de muncă nr \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_)
- este pensionar IOVR \_\_\_\_\_
- este pensionar- pensie socială socială (agricultori) \_\_\_\_\_
- este salariat \_\_\_\_\_
- este persoană fără venit \_\_\_\_\_
- primește buget complementar \_\_\_\_\_
- primește alocație dublă \_\_\_\_\_
- primește ajutor social \_\_\_\_\_
- are alte venituri \_\_\_\_\_
- este internată într-un centru de ocrotire \_\_\_\_\_
- este elev cu regim \_\_\_\_\_ ( extern sau intern)
- a mai fost încadrat în grad de handicap în anul (perioada) \_\_\_\_\_ avand gradul \_\_\_\_\_

Mă oblig să anunț, în termen de 48 de la luarea la cunoștință , autoritatea administrației publice locale, DGASPC, Casa de Pensii, alte instituții (după caz) despre orice modificare survenită în starea fizică, psihică sau socială, domiciliu sau reședință, schimbare grad de handicap a persoanei cu handicap grav, precum și alte situații de natură să modifice acordarea drepturilor prevăzute de lege.

Nume și prenume \_\_\_\_\_  
Semnătura \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_