

DOMNULE DIRECTOR

Subsemnatul/a (numele și prenumele)

reprezentant al copilului cu dizabilități

domiciliat/ă în

Județ/sector

Oras(comună)

strada

numărul

bloc

scara

etaj

ap.

Legitimă cu B.I.

C.I.

C.I.P.

Pașaport

Seria

Numărul

Conform certificatului nr.

din data

Încadrat în gradul

emis de Comisia pentru Protecția Copilului

Cunoscând prevederile Legii 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, vă rog să aprobați:

Acordarea

Sistarea

indemnizației lunare de hrană prevăzute de Legea nr.10/2003 și de H.G.R. nr.117/2003, indexată prin H.G.R. nr.429/2008

Declar pe proprie răspundere că indemnizația lunară de hrană o voi utiliza exclusiv pentru procurarea alimentelor corespunzătoare care să asigure eficiența tratamentului pe care copilul îl urmează.

Am luat la cunoștință că am obligația să anunț în 48 de ore orice modificare intervenită în situația fizică, materială sau socială, atât a mea cât și a persoanei cu handicap/asistent personal, și că trebuie să predau legitimația de transport dacă dreptul încetează.

Am luat la cunoștință că sunt obligat/ă să restitui drepturile bănești încasate necuvenit.

Semnătura

Data

Pot fi contactat/ă la telefon