

acest formular trebuie însoțit de documentele menționate pe verso

DOMNULE DIRECTOR

Subsemnatul/a (numele și prenumele)

în calitate de

persoană cu dizabilități

reprezentant al persoanei cu dizabilități

domiciliat/ă în

Județ/sector

Oras(comună)

strada

numărul

bloc

scara ...

etaj

ap. ...

Legitimat cu B.I.

C.I.

C.I.P.

Pașaport

Seria

Numărul

Grav (1)

Conform certificatului nr.

din data

Încadrat în gradul

Accentuat (2)

Mediu (3)

emis de

Comisia pentru Protecția Copilului

Comisia de Evaluare pentru Persoane cu Handicap
Adulți

Comisia Superioară de Evaluare pentru Persoane cu
Handicap Adulți

vă rog să aprobați reordonanțarea drepturilor bănești pentru gradul de handicap aferente

lunii (lunilor)

deoarece din motive personale nu am avut posibilitatea de a intra în posesia acestora.

! *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