

## **C E R E R E,**

Subsemnatul (a) \_\_\_\_\_ cu domiciliul în com. (sat) \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, județul \_\_\_\_\_ posesor al actului de identitate B.I./C.I. seria \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_ eliberat de \_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_ CNP \_\_\_\_\_, încadrat într-o categorie de persoane cu handicap grav, conform certificatului nr. \_\_\_\_\_ emis de comisia de expertiză a persoanelor cu handicap pentru copii Suceava, vă declar opțiunea mea conform art. 42 din Legea nr.488/2006 republicată:

- 1) Doresc să beneficiaz de asistent personal \_\_\_\_\_
- 2) Doresc să primesc indemnizație lunară \_\_\_\_\_

• Menționez faptul că NU REALIZEZ / REALIZEZ următoarele venituri:

- pensie pentru limită de vârstă \_\_\_\_\_
- pensie de urmaș \_\_\_\_\_
- pensie de invaliditate gradul \_\_\_\_\_
- pensie IOVR \_\_\_\_\_
- pensie socială (agricultori) \_\_\_\_\_
- salariu \_\_\_\_\_
- alte venituri \_\_\_\_\_

• Menționez faptul că până la această dată AM AVUT/ NU AM AVUT un certificat de încadrare în grad de handicap certificat/decizie nr. \_\_\_\_\_ că BENEFICIEZ/ NU BENEFICIEZ de protecție socială FIIND/ NEFIIND internat într-o instituție cu caracter social în care întreținerea completă să fie din partea autorității administrației publice.

Nume și prenume \_\_\_\_\_

Semnătură \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_