**DOMNULE DIRECTOR,**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cu domiciliul în \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ str\_\_\_\_\_\_\_\_ nr\_\_\_\_ bl\_\_\_ sc\_\_\_ et\_\_\_ ap \_\_, județul\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ posesor al actului de identitate \_\_\_\_ seria\_\_\_ nr.\_\_\_\_\_\_\_ eliberat de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, încadrat în grad de handicap grav cu asistent personal conform Certificatului/Deciziei nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ emis de Comisia de expetiză medicală a persoanelor cu handicap pentru adulți/ Comisia superioară de expertiză medicală a apersoanelor cu handicap pentru adulți \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declar opțiunea mea conform art. 42 din Legea nr. 448/2006 republicată:

1. **Doresc să beneficiez de asistent personal \_\_\_\_\_\_\_**

**Cunoscând prevederile legii penale privind sancționarea declarațiiilor false, declar următoarele:**

* sunt pensionar limită de vârstă\_\_\_\_\_conform Deciziei nr. \_\_\_\_\_\_\_
* sunt pensionar limită de vârstă cu indemnizație fixă ( trecere de la pensie de invaliditate gr. I – Comisia meicală a capacității de muncă la pensie limită de vârstă cu păstrarea indemnizației)\_\_\_\_\_\_
* sunt pensionar de urmaș\_\_\_\_\_potrivit Deciziei nr. \_\_\_\_\_\_\_\_
* sunt pensionar de invaliditate gradul \_\_\_\_\_\_ potrivit Deciziei medicale asupra capacității de muncă nr. \_\_\_\_\_\_
* sunt pensionar IOVR \_\_\_\_\_ potrivit Deciziei nr. \_\_\_\_\_
* sunt pensionar – pensie socialiă(agricultori) \_\_\_\_\_\_\_
* sunt salariat \_\_\_\_\_\_\_
* sunt persoană fără venit \_\_\_\_\_\_
* sunt persoană instituționalizată la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* sunt elev (pentru cei care au împlinit 18 ani) \_\_\_\_\_\_\_\_\_cu regim (extern/intern)\_\_\_\_\_\_\_\_
* alte cazuri\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* am mai fost încadrat în grad de handicap (anul/perioada) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_având gradul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mă oblig să aduc la cunoștință Primăriei, DGASPC, Casei Județene de Pensii, alte instituții(după caz), în termen de 48 de ore de la luarea la cunoștință, orice modificare cu privire la gradul de handicap, domiciliu sau reședință, starea materială și alte situații de natură să modifice acordarea drepturilor prevăzute de legea nr. 448/2006

Nume și prenume \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Semnătura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_