**DOMNULE DIRECTOR,**

 Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_reprezentant legal/curator al persoanei cu handicap grav\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_domiciliat în \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ str\_\_\_\_\_\_\_\_ nr\_\_\_\_ bl\_\_\_ sc\_\_\_ et\_\_\_ ap \_\_, 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.

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

* este încadrat 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 încadrat în grad de handicap grav conform Deciziei nr.\_\_\_\_\_\_\_din\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ emis 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 medicală asupra capacității de muncă nr. \_\_\_\_\_\_din\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
* este pensionar IOVR \_\_\_\_\_
* este pensionar – pensie socială(agricultori) \_\_\_\_\_\_\_
* este salariat \_\_\_\_\_\_\_
* este persoană fără venit \_\_\_\_\_\_
* primește buget complementar\_\_\_\_\_\_\_\_
* primește alocație dublă\_\_\_\_\_\_\_\_
* primește ajutor social\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* are alte venituri\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* este internat într-un centru de ocrotire\_\_\_\_\_\_\_\_
* este elev cu regim\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(extern sau intern)
* a mai fost încadrat în grad de handicap în anul(perioada)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_având gradul\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mă oblig să anunț, în termen de 48 ore 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_