***Formular 12.3 cod P.O.-as-12 Model cerere indemnizație lunară***

# 

# Către,

Primăria oraşului Luduş

Direcţia de Asistenţă Socială

Subsemnatul(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ domiciliat(ă) în Luduş, str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_\_\_, sunt persoană cu handicap grav / reprezentant legal al persoanei cu handicap grav \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr.\_\_\_\_, ap.\_\_\_\_\_\_.

Solicit acordarea unei ***indemnizaţii lunare***, conform art. 42, alin. (4) din Legea nr.448/2006 privind protecţia şi promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată şi actualizată.

De asemenea, mă oblig să aduc la cunoştinţă, **în termen de** **48 de ore**, orice modificare survenită în situaţia persoanei cu handicap, cu privire la gradul de handicap, domiciliu, reşedinţă şi alte situaţii de natură să modifice acordarea indemnizaţiei mai sus menţionate.

În cazul în care nu respect obligaţiile voi suporta rigorile legii.

Anexez prezentei copii după:

1. Cartea de identitate □
2. Certificat de încadrare în grad de handicap □
3. Cont bancar □

Telefon de contact: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semnătură \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA :

*Timp estimat pentru completarea formularului: circa 2 minute*