



PRIMĂRIA MIERCUREA-CIUC
CSÍKSZEREDA VÁROSHÁZA

DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ
SZOCIÁLIS IGAZGATÓSÁG
0266 315 120 | 240, 241, 242, 244, 245

Nr. înreg.:|.....

CERERE

pentru asigurarea asistentului personal / indemnizației de îngrijire

Subsemnatul(-a),
domiciliat(ă) în municipiul/orașul/comuna,
strada:, nr., nr. bloc, sc., ap.,
județul/sectorul, cod poștal:, posesor(-oară)
CI/BI cu seria, și nr., emis de,
având CNP, telefon/fax:,
e-mail

persoană cu handicap încadrat(ă) în grad de handicap, conform Certificatului nr.
..... din, emis de comisia abilitată

SAU

în calitate de reprezentant legal al persoanei,
domiciliat(ă) în municipiul/orașul/comuna,
strada:, nr., nr. bloc, sc., ap.,
județul/sectorul, cod poștal:, posesor(-oară)
CI/BI cu seria, și nr., emis de,
având CNP, telefon/fax:,
e-mail, încadrat(ă) în grad de handicap,
conform Certificatului nr. din, emis de comisia abilitată,

solicit asigurarea asistentului personal / indemnizației de îngrijire, în condițiile prevederilor Legii nr. 448/2006 și H.G. nr. 268/2007.

Declar pe propria-mi răspundere, că persoana handicapată în cauză este în întreținerea familiei, nefiind internată într-o instituție, și că venitul total al acesteia este de lei, și NU beneficiază de indemnizație de însoțitor din partea C.J. de Pensii sau Asociația Nevăzătorilor.

Am luat la cunoștință obligațiile de a comunica în scris în termen de 5 zile, orice schimbare în situația persoanei cu handicap.

Subsemnatul(-a)

asistent personal (reprezentant legal în caz de indemnizație)

domiciliat(ă) în municipiul/orașul/comuna

strada:, nr., nr. bloc, sc., ap.

județul/sectorul, cod poștal:, posesor(-oară)

CI/BI cu seria, și nr., emis de

având CNP, telefon/fax:

e-mail

mă oblig să asigur îngrijire și supraveghere persoanei cu handicap, cu acordul acesteia și a membrilor familiei sale, respectând planul de recuperare, realizând sarcinile cuprinse în fișa postului. Declar în cunoștința răspunderii mele penale, că în prezent sunt/nu sunt în concediu pentru creșterea copilului

Subsemnatul persoană cu handicap / repr. legal al persoanei cu handicap, sunt de acord cu angajarea susnumitului în calitatea de asistent personal.

Dat în fața noastră,

Data:

Semnături:

Persoana cu handicap:

Reprezentant legal:

Asistent personal:

Anexez:

1. Acte ale persoanei cu handicap:	2. Acte ale asistentului personal
- certificat de persoană cu handicap (copie)	- copie de pe actele de identitate și de stare civilă
- act de identitate (original și copie)	- cazier judiciar
- acordul D.G.A.S.P.C.	- curriculum vitae
- acte de identitate și de stare civilă ptr. toți membrii familiei cu care conviețuiește bolnavul (copie)	- adeverință medicală eliberată de medicul de familie care să ateste starea de sănătate
- adeverințe de venit adeverință fiscală ptr. toți membrii familiei cu care conviețuiește bolnavul (copie)	- adeverință medicală eliberată de medicul de medicina muncii pentru angajare
	- copie de pe actele de studii
	- copie carte de muncă
	- extras Revisal de la ITM
	- adeverință de venit sau adeverință fiscală
- extras cont bancar	- extras cont bancar