

MUNICIPIUL BUCUREȘTI - CONSILIUL LOCAL SECTOR 5  
 DIRECȚIA GENERALĂ DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ȘI PROTECȚIA COPILULUI  
 Serviciul Drepturi și Facilități Persoane cu Dizabilități

NR \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**DOAMNĂ DIRECTOR,**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_ domiciliat(ă)  
 în \_\_\_\_\_, sector \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_  
 nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, telefon \_\_\_\_\_, posesor al B.I./C.I.  
 seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_ C.N.P. \_\_\_\_\_ eliberat de  
 \_\_\_\_\_, **persoană cu handicap**  grav,  accentuat,  mediu/ **tip handicap** \_\_\_\_\_/cod  
**boală** \_\_\_\_\_ conform certificatului de încadrare într-o categorie de persoane cu handicap nr. \_\_\_\_\_  
 din data de \_\_\_\_\_ emis de către \_\_\_\_\_, în condițiile prevederilor Legii 448/2006  
 solicit:

- Indemnizație lunară
- Buget personal complementar lunar
- Indemnizație însoțitor persoană handicap vizual grav
- Indemnizație echivalentă

Persoană de contact: Nume /Telefon.....  
 Email.....

**Gratuitate**  
**persoană cu handicap grav**

- R.A.T.B
- METROREX
- C.F.R
- AUTO INTERURBAN

**Gratuitate**  
**însoțitor/asistent personal**

- R.A.T.B
- METROREX
- C.F.R
- AUTO INTERURBAN

**Gratuitate**  
**persoană cu handicap accentuat**

- R.A.T.B
- METROREX
- C.F.R
- AUTO INTERURBAN

**Gratuitate însoțitor**

- R.A.T.B
- METROREX

\* Se va nota cu X, în căsuțe , dreptul solicitat

**Notă: Mentionăm că , expirarea perioadei de valabilitate a actului de identitate are ca efect sistarea automată de la plata drepturilor , în cazul în care nu se face dovada unui act de identitate valabil .**

Persoană cu handicap,

Referent/Inspector de specialitate,