

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
_____, în calitate de părinte/reprezentant legal al **minorului** _____
CNP _____ **cu handicap** grav, accentuat, mediu, 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:

- Alocație lunară majorată conform legii
- Alocație hrană copii cu diagnostic HIV/SIDA
- Buget personal complementar lunar
- Indemnizație echivalentă cu salariul A.P.

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

Gratuitate
copil cu handicap grav

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

Gratuitate
însotitor/asistent personal

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

Gratuitate
copil cu handicap accentuat

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

Gratuitate însoțitor

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

* 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,
