

Nr. _____

Doamnă Director ,

Subsemnatul/a _____ domiciliat/ă

București, str. _____, nr. _____ bl. _____ sc. _____ ap. _____,
sector _____, CNP _____ cunoscând prevederile articolului 326 din
Codul Penal cu privire la falsul în declarații, declar pe proprie răspundere următoarele:

În calitate de persoană cu handicap grav conform Certificatului de încadrare într-o
categorie de persoane cu handicap nr. _____ / _____ emis de Comisia de Evaluare
a Persoanelor cu Handicap pentru Adulți Sector _____, menționez că **optez** pentru primirea
*“indemnizației lunare, în cuantum egal cu salariul net al asistentului personal gradația 0,
stabilit potrivit prevederilor legale care reglementează nivelul de salarizare a personalului
plătit din fondurile publice”*, conform art. 42 alin. (4) din Legea nr. 448/2006 privind
protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, modificată și republicată.

În cazul în care situația juridică, fizică, psihică sau socială se schimbă, mă oblig să
anunț în termen de 10 zile Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului
Sector 5 București, în vederea luării măsurilor ce se impun.

Menționez că nu beneficiaz de indemnizație de însoțitor prevăzută la art. 77 din Legea
nr.263/2010 privind sistemul unitar de pensii publice , modificată și republicată.

SEMNĂTURA