

Doamnă Director ,

Subsemnatul/a _____, domiciliat/ă în București,
str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, sect. _____,
CNP _____ în calitate de părinte/reprezentant legal al minorului cu handicap
grav _____, str. _____
nr. _____, bl. _____, sc. _____, sect. _____, CNP _____, conform
Certificatului de încadrare într-o categorie de persoane cu handicap nr. _____ / _____ emis
de Comisia Protecția Copilului Sector _____, cunoscând prevederile articolului 326 din Codul
Penal cu privire la falsul în declarații, declar pe proprie răspundere următoarele:

- pentru minorul cu handicap grav **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 a minorului cu
handicap se modifică, 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.

SEMNĂTURA