

Nr. _____ /802/ _____.

Către,

DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ȘI MEDICALĂ
Serviciul Asistența Persoanelor cu Dizabilități

Subsemnatul(a) _____
domiciliat(ă) în Cluj-Napoca, str. _____,
nr. _____, ap. _____, sunt persoană cu handicap grav / reprezentant legal al
persoanei cu handicap grav _____ str.
_____ nr. _____, ap. _____.

Solicit acordarea unei *indemnizații lunare*, conform art. 42, alin. (4)
din Legea nr. 448 / 2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor
cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

De asemenea, mă oblig să aduc la cunoștință, **în termen de 48 de ore**,
orice modificare survenită în situația persoanei cu handicap, cu privire la gradul
de handicap, domiciliu, reședință și alte situații de natură să modifice acordarea
indemnizației mai sus menționate.

În cazul în care nu respect obligațiile voi suporta rigorile legii.

Telefon de contact: _____

Cluj-Napoca,

Data

Semnătura,