

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 și actualizată.

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,**