

APROBAT
p.PRIMAR
Lavinia Maria ȘAROȘI
Director executiv D.A.S.

Către,
Primăria Municipiului Câmpia Turzii

Subsemnatul(a) _____,
CNP _____, domiciliat în _____, str. _____
nr. _____, bloc _____, scara _____, etaj _____, ap. _____, județul _____, posesor(oare) a¹
_____ seria _____ număr _____ eliberat de _____
la data de _____, telefon _____, având calitatea de persoană
cu handicap grav, conform certificatului de încadrare în grad de handicap numărul _____ din
_____ emis de Comisia de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap Cluj,
prin prezenta solicit plata indemnizației lunare².

Anexez prezentei următoarele documente:

- copie act de identitate: BI /CI / alte acte
- copie certificat de încadrare în grad de handicap
- copie cupon de pensie a persoanei cu handicap (dacă este cazul)
- număr cont pentru plata indemnizației prin virament bancar /BT
- cerere prin care solicit plata în numerar a indemnizației lunare

Subsemnatul declar faptul că

- beneficiez
- nu beneficiez

de **indemnizație de însoțitor** acordată conform art. 77 din L 263/2010, privind sistemul unitar de pensii.

Câmpia Turzii

Data: _____

Semnătură _____

¹ BI(buletin identitate);CI(carte de identitate); alte acte care atestă domiciliul

² Acordată cf.art.42, alin.(4) din Legea 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată și actualizată