

Nr. Înregistrare ...../.....

**CERERE RESTITUIRE DREPTURI BĂNEȘTI RESTANTE  
PRESTAȚIE REPREZENTÂND INDEMNIZAȚIE HANDICAP**

Către,  
**AGENȚIA JUDEȚEANĂ PENTRU PLĂȚI ȘI INSPECȚIE SOCIALĂ  
TIMIȘ**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_ domiciliat(ă) în \_\_\_\_\_  
posesor al B.I./C.I. \_\_\_\_\_  
seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ eliberat de \_\_\_\_\_, C.N.P. \_\_\_\_\_  
având calitatea de(se va bifa căsuța):

- Persoană cu handicap grad \_\_\_\_\_, cu dosarul nr. \_\_\_\_\_;
- Aparținător/curator/reprezentant legal al persoanei cu handicap \_\_\_\_\_  
C.N.P. \_\_\_\_\_, aflat în evidența A.J.P.I.S. Timiș/D.G.A.S.P.C. Timiș cu  
dosarul nr. \_\_\_\_\_;

Prin prezenta solicit remiterea drepturilor bănești cuvenite lunii/perioadei:

\_\_\_\_\_

Menționez că nu am ridicat aceste drepturi din următoarele motive:

\_\_\_\_\_

Modalitatea de plată a drepturilor cuvenite(se va bifa în funcție de opțiunea dorită):

- Cont bancar (se va anexa extrasul de cont);
- Mandat poștal;
- Modificare adresă de domiciliu/reședință (se va anexa în copie actul doveditor).

Drept dovadă a celor mai sus menționate anexez următoarele documente:

- Copie C.I./B.I.;
- Copie după certificatul de handicap ;
- Sentință civilă/Hotărâre/Dispoziție (după caz).

Declar că *sunt de acord și îmi exprim consimțământul în mod expres, neechivoc, liber și informat* cu privire la prelucrarea datelor mele cu caracter personal, conform prevederilor Regulamentului (UE) 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestora, pentru a fi colectate, folosite și prelucrate (nume, prenume, C.N.P., adresa poștală, adresa de e-mail, număr de telefon, copie carte de identitate, extras de cont bancar etc.) de către A.J.P.I.S. Timiș în vedrea îndeplinirii atribuțiilor legale ale acestei instituții. Am luat cunoștință de drepturile pe care le am o dată cu prelucrarea, colectarea și folosirea datelor cu caracter personal conform informării comunicate de către operator.

Data: \_\_\_\_\_

Semnătura: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Declarație

Subsemnatul (a) \_\_\_\_\_, domiciliat(ă) în \_\_\_\_\_,  
C.N.P. \_\_\_\_\_ persoană cu handicap \_\_\_\_\_ conform Certificatului de încadrare în grad de handicap nr. \_\_\_\_\_; reprezentant legal/curator/tutore al persoanei cu handicap \_\_\_\_\_, C.N.P. \_\_\_\_\_

Declar pe propria răspundere, sub sancțiunea art.326\* din din Legea nr.286/2009 privind Codul Penal, că în ultimii 3 ani nu m-am aflat în următoarele situații:

- a) Nu am beneficiat/persoana pe care o îngrijesc nu a beneficiat de servicii sociale în centre rezidențiale publice ori în alte tipuri de instituții rezidențiale publice cu caracter social sau medico-social, în care se asigură întreținere completă din partea autorității administrației publice pe o perioadă mai mare de o lună;
- b) Nu am fost reținut/ă, arestat/ă sau condamnat/ă definitiv la o pedeapsă privativă de libertate;
- c) Nu am avut reședința stabilită într-un alt județ decât cel de domiciliu;
- d) Nu m-am aflat/persoana pe care o îngrijesc nu s-a aflat în situații de natură să împiedice beneficierea de drepturile prevăzute de Legea nr.448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, acualizată, cu modificările și completările ulterioare.

Data

Semnătura

*\*Art.326 Cod Penal:*

*„ (1) Declararea necorespunzătoare a adevărului, făcută unei persoane dintre cele prevăzute în art. 175 sau unei unități în care aceasta își desfășoară activitatea în vederea producerii unei consecințe juridice, pentru sine sau pentru altul, atunci când, potrivit legii ori împrejurărilor, declarația făcută servește la producerea acelei consecințe, se pedepsește cu închisoare de la 3 luni la 2 ani sau cu amendă.”*