

(4)

Către  
Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Timiș,

Subsemnatul (a) \_\_\_\_\_ domiciliat (ă) în  
\_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_,  
bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, județul Timiș, posesor al B.I./C.I. seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_,  
CNP \_\_\_\_\_ în calitate de:

- persoană cu handicap gradul grav, cu asistent personal, conform certificatului / deciziei de încadrare în grad de handicap nr. \_\_\_\_\_ din data \_\_\_\_\_, emis(ă) de către C.E.P.A.H. / C.S.E.P.A.H.,

- reprezentant legal (părinte, tutore, curator) / aparținător ( \_\_\_\_\_ ) al persoanei cu handicap \_\_\_\_\_, gradul grav, cu asistent personal, conform certificatului / hotărârii / deciziei de încadrare în grad de handicap nr. \_\_\_\_\_ din data \_\_\_\_\_, emis(ă) de către C.E.P.A.H./C.P.C. județ \_\_\_\_\_ /C.S.E.P.A.H., domiciliată în \_\_\_\_\_, C.N.P. \_\_\_\_\_.

Având în vedere prevederile art. 42 din Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificari și completari ulterioare, cu Norme metodologice de aplicare aprobate prin H.G. nr. 268/2007, modificate și completate prin H.G. nr. 89/2010, prin prezenta optez și solicit acordul instituției dumneavoastră pentru:

- asistent personal
- indemnizație lunară

Anexez :

- copie xerox după certificatul de încadrare în grad de handicap a adultului/copilului;
- copie xerox carte de identitate a persoanei cu handicap/reprezentantului legal/certificat de naștere copil;
- copie cupon de pensie/adeverință salar, adeverință venit etc.

Mă oblig să aduc la cunoștință primăriei de domiciliu în termen de 5 zile acordul exprimat, precum și să comunic D.G.A.S.P.C. Timiș în termen de 48 de ore de la luarea la cunoștință, orice modificare cu privire la gradul de handicap, domiciliu sau reședință, starea materială și alte situații de natură să modifice acordarea drepturilor prevăzute de lege.

Datele vor fi stocate și utilizate în scopuri strict legate de finalizarea activităților pentru care sunt solicitate, conform Regulamentului UE 679/2016 al Parlamentului European

Data \_\_\_\_\_

Semnatura \_\_\_\_\_

România

Consiliul Județean Timiș

Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului

Cod operator: 20436

Timișoara, Piața Regina Maria, nr. 3, tel. 0256-490925, tel./fax 0256-499983;  
e-mail: [dgaspctm@gmail.com](mailto:dgaspctm@gmail.com); [sedph.dgaspctm@yahoo.com](mailto:sedph.dgaspctm@yahoo.com); [http:// www.dgaspctm.ro](http://www.dgaspctm.ro)

Nr. Dosar pers.cu handicap \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Observații \_\_\_\_\_

DE ACORD  
Șef S.E.D.P.D.

VERIFICAT ÎN EVIDENȚE ȘI  
CERTIFIC EXACTITATEA DATELOR

(semnatura/parafa inspector de specialitate)