

**Către  
Direcția de Asistență Socială Comunitară Lugoj**

Subsemnatul (a) \_\_\_\_\_ posesor  
a B.I./C.I. seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ eliberat de \_\_\_\_\_  
C.N.P. \_\_\_\_\_ cu domiciliul/reședința în Lugoj,  
str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ Bl. \_\_\_\_\_ sc. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_,  
tel. \_\_\_\_\_, în calitate de:

- persoană cu handicap grav
- membru al familiei persoanei cu handicap grav
- reprezentant legal/tutore
- curator
- alte situații (specificați) \_\_\_\_\_


**PENTRU:**

Persoana cu handicap grav \_\_\_\_\_  
posesor al certificatului cu handicap nr. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ valabil  
până la data de \_\_\_\_\_, cu domiciliul / reședința în \_\_\_\_\_  
str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_.

În baza acordului exprimat în scris de către D.G.A.S.P.C. Timiș,  
conform Legii nr. 448/2006, prin prezenta cerere solicit acordarea  
***Indemnizației lunare.***

*Data*

*Semnătura*