**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 cerificatului 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*

***Toate câmpurile se completează. Cererile incomplete nu sunt luate în considerare.***