

## DOMNULE PRIMAR

Subsemnatul ..... domiciliat în Techirghiol, str....., nr....., bl....., sc....., ap..... posesor al B.I. /C.I. seria....., nr..... eliberat de Politia ..... la data de ....., în **calitate de părinte/reprezentant legal** al bolnavului ..... , persoană încadrată în gradul grav de handicap conform certificatului nr... eliberat de ..... vă rog să-mi aprobați plata **indemnizației** conform art.42, alin.4 din Legea nr.448/2006 republicată.

### ANEXEZ:

- copie buletin de identitate al părintelui / reprezentantului legal ( inclusiv partea cu adresa);
- copie certificat de handicap legalizat la notariat;
- copie buletin de identitate al persoanei cu handicap (inclusiv partea cu adresa) sau certificatul de naștere în cazul minorului;
- viza director executiv DGASPC Constanta;
- ancheta socială de la Primărie.

Mă oblig ca în termen de 48 de ore să anunt Serviciul Protectia Persoanelor cu Handicap și a Persoanelor Vârstnice despre interventia oricărei modificări ( neacordarea gradului de handicap grav, schimbarea domiciliului internarea într-o institutie de ocrotire, deces ) care conduce la sistarea acordării indemnizației.

DATA

SEMNĂTURA

.....

.....

**DOMNULUI PRIMAR AL ORASULUI TECHIRGHIOL**