

Către,

**PRIMĂRIA COMUNEI SLIMNIC
COMPARTIMENT ASISTENȚĂ SOCIALĂ**

Subsemnatul/Subsemnata _____, cu domiciliul în _____, strada _____, nr. _____, județul _____, posesor al BI/CI seria _____, nr. _____, nr. telefon _____ în calitate de reprezentant legal al domnului/doamnei/copilului _____, posesor al BI/CI seria _____, nr. _____, eliberat de _____ la data de _____, CNP _____, cu domiciliul/reședința în _____, str. _____, nr. _____, județ _____, număr telefon _____, persoană cu handicap grav conform Certificatului de încadrare în grad handicap grav nr. _____ / _____, eliberat de _____

_____ în conformitate cu prevederile Legii nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare, vă rog să aprobați obținerea indemnizației lunare pentru persoană cu handicap grav.

Anexez prezentei următoarele:

- Certificat de încadrare în grad de handicap, în copie;
- Carte/Buletin de identitate, în copie;
- Certificat de naștere, în cazul copilului minor;
- Cupon de pensie, în copie, după caz.

Data:

**Semnătura persoanei cu handicap/
reprezentantului legal**

*Prin prezenta declar că am fost informat că datele cu caracter personal sunt prelucrate în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției.
Am luat la cunoștință că informațiile din cererea depusă și din actele anexate la aceasta, vor fi prelucrate de PRIMĂRIA SLIMNIC cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal, și libera circulație a acestor date.*