

Nr. _____

Către,

Subsemnatul(a) _____ domiciliat(ă) în localitatea _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, județul _____, CNP _____, posesor al B.I./C.I. seria _____, nr. _____, eliberat de _____ la data de _____, în calitate de persoană cu handicap, prin reprezentantul legal/curator _____ domiciliat(ă) în localitatea _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, județul _____, CNP _____, posesor al B.I./C.I. seria _____, nr. _____, eliberat de _____ la data de _____, dispoziție curator nr. _____ / _____,

Solicit conform **art. 42 alin. 4 din Legea nr. 448/2006**, republicată, cu modificările și completările ulterioare, să mi se acorde **indemnizația lunară**, urmare certificatului de încadrare în grad de handicap nr. _____ din data de _____, eliberat de Comisia de evaluare complexă a persoanelor cu handicap din cadrul D.G.A.S.P.C. Arad.

Termenul certificatului medical: _____.

Arad, la _____

Semnatura

DIRECTIA GENERALA DE ASISTENTA SOCIALA SI PROTECTIA COPILULUI ARAD

ACORD Nr. _____ / _____

Avizăm favorabil cererea d-lui / d-nei _____, posesor al BI / CI seria _____ nr. _____, domiciliat/a în localitatea _____ str. _____ nr., _____ bl., _____ ap _____, județul Arad, privind acordarea **INDEMNIZAȚIEI LUNARE conform art.42 alin.4 din Legea nr.448/2006, pentru numitul _____, posesor al BI / CI seria _____ nr. _____.**

DIRECTOR GENERAL,

Inspector / Referent,