

C Ă T R E  
PRIMARUL COMUNEI ȘOIMI  
JUDEȚUL BIHOR

Subsemnatul/ ta .....domiciliat / ă în localitatea.....  
Județul..... cu reședința în localitatea.....  
identificat prin actul de identitate seria .....nr.....emis de către..... la data de .....cu termen de valabilitate....., în calitate de :  
- **Părinte sau reprezentant legal** ( soț , soție, fiu / fiică , tutore / curator , persoană împuternicită , după caz ) al bolnavului .....având CNP....., cu domiciliul în localitatea.....și cu reședința în localitatea....., după caz , care este încadrat / ă în grad de handicap grav gradul I , conform Certificatului de încadrare nr.....emis de către .....  
- **Părinte sau reprezentant legal** ( tutore / curator , persoană împuternicită , după caz ) al copilului bolnav.....având CNP....., cu domiciliul în localitatea.....și cu reședința în localitatea....., după caz , care este încadrat / ă în grad de handicap grav gradul I , conform Certificatului de încadrare nr.....emis de către .....  
- **Persoană bolnavă cu handicap grav gradul I** .....conform Certificatului de încadrare în grad de handicap nr.....emis de către Comisia de evaluare .....cu domiciliul în localitatea.....reședința în localitatea....., după caz .

În conformitate cu prevederile art.42 alin.(1) , art.43 alin.,(1), alin.(2),alin.(3) din Legea nr.448 / 2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap ( r1 ) , modificată,completată ulterior și luând act de prevederile art.30 alin (1) alin.(2) din Hotărârea Guvernului nr.268 / 2007 pentru aprobarea Normelor Metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr. 448 / 2006 , OPTEZ , pentru primirea indemnizației lunare pentru însoțitor cuvenită , părinților sau reprezentantului legal al copilului cu handicap grav , sau , adultului cu hanidcap grav sau reprezentantului acestuia .

Anexez prezentei

- copie act identitate sau certificat naștere pentru minor - persoană bolnavă, după caz ;
- Copie act identitate reprezentant legal
- Declarație pe proprie răspundere a persoanei bolnave sau a reprezentantului legal al acestuia , după caz ;
- Copie Certificat de încadrare în grad de handicap
- Extras cont bancar ,necesar virării sumei reprezentând indemnizația lunară pentru însoțitor , sau , în situația în care s-a optat pentru plata în numerar și persoana bolnavă nu este capabilă să semneze , să ia act de primirea sumei , o procură / mandat notarial pentru persoana care primește .

Data .....

Semnătura.....