

Nr \_\_\_\_\_ 802 \_\_\_\_\_

Către,

**DIRECTIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ**  
**Serviciul asistența persoanelor cu nevoi speciale**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_  
domiciliat(ă) în Cluj-Napoca, str. \_\_\_\_\_,  
nr. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, sunt persoană cu handicap grav / reprezentant legal al  
persoanei cu handicap grav \_\_\_\_\_ str.  
\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_.

Solicit acordarea unei *indemnizații lunare*, conform art. 41, alin. (3)  
din Legea nr.448 / 2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor  
cu handicap.

De asemenea, mă oblig să aduc la cunoștință orice modificare  
survenită în situația persoanei cu handicap. În caz de deces se va prezenta  
certificatul de deces în maxim **5 zile** de la producerea evenimentului.

În cazul în care nu respect obligațiile voi suporta rigorile legii.

Telefon de contact: \_\_\_\_\_

**Cluj-Napoca,**

**Data**

**Semnătura,**