

Domnule Primar,

Subsemnatul(a)....., domiciliat(ă) în
Petroșani, str. , nr., bl., sc.....,
ap., posesor B.I/CI seria., nr., eliberat de
SPCLEP Petroșani la data de C.N.P.....,

în calitate de reprezentant legal al bolnavului / bolnavei

.....
încadrat(ă) în grad de handicap grav, conform certificatului de încadrare în grad de
handicap nr., solicit acordarea indemnizației lunare, pentru
persoana cu handicap grav, conform legislației în vigoare.

În situația în care intervine decesul persoanei cu handicap grav sau încadrarea
în grad de handicap diferă de cea actuală, mă oblig să înștiințez în scris DAS Petroșani
în termen de 48 de ore.

Vă mulțumesc,

Data

Semnătura