

DECLARAȚIE

Subsemnatul.....
CNP.....BI/CI seria.....nr.....
cu domiciliul în str.....nr.....bl.....sc.....ap.....
în calitate de altă persoană/tutore/curator/ al d-lui/d-nei.....
CNP..... persoană cu handicap grav, cu domiciliul în
....., str.....nr.....bl.....sc.....ap.....
BI/CI seria.....nr..... solicitant *de indemnizație lunară*, declar pe propria răspundere că
dl / d-na

1. Nu este pensionar de invaliditate gradul I
 2. Este pensionar de invaliditate gr II
 3. Este pensionar de invaliditate gr. III
 4. Este pensionar limită de vârstă
 5. Este pensionar de urmaș
 6. Este pensionar anticipat
 7. Este salariat
 8. Este elev
 9. Nu are venituri
10. Am luat la cunoștință și mă oblig să înștiințez Direcția de Asistență Socială de primirea **Deciziei Asupra Capacității de Muncă** de la Cabinetul de expertiză medicală și recuperarea a capacității de muncă către Dl./D-na
11. În situația în care Dl./D-nava primi **DECIZIA ASUPRA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ gradul I de invaliditate** voi informa Direcția de Asistență Socială, în calitate de curator/tutore al persoanei cu handicap, iar în caz contrar mă oblig să semnez un angajament de plată pentru returnarea sumei încasată necuvenit de la Direcția de Asistență Socială

Data

Semnătura