

DECLARAȚIE

Subsemnatul.....
CNP.....BI/CI seria.....nr.....cu domiciliu
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 ☐
 1. Este pensionar de invaliditate gr II ☐
 2. Este pensionar de invaliditate gr. III ☐
 3. Este pensionar limită de vârstă ☐
 4. Este pensionar de urmaș ☐
 5. Este pensionar anticipat ☐
 6. Este salariat ☐
 7. Este elev ☐
 8. Nu are venituri ☐
10. Am luat la cunoștință și mă oblig să înștiințez Direcția de Asistență Socială Brașov 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-na va primi
DECIZIA ASUPRA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ gradul I de invaliditate voi informa Direcția
de Asistență Socială Brașov, 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 Brașov.

Data

Semnătura

Timp estimat de completare: 3 minute