

**DIRECȚIA PUBLICĂ DE PROTECȚIE SOCIALĂ**  
**ACTE NECESARE LA ÎNTOCMIREA DOSARULUI DE INDEMNIZAȚIE**  
**PENTRU ÎNSOȚITORI ȘI PERSOANE CU HANDICAP GRAV**

**BOLNAV:**

- **CERTIFICAT DE ÎNCADRARE ÎN GRAD DE HANDICAP**
- COPIE ACT DE IDENTITATE
- COPIE CERTIFICAT DE NAȘTERE
- COPIE CERTIFICAT DE CĂSĂTORIE(unde este cazul)
- COPIE ANCHETA SOCIALĂ
- COPIE DECIZIE DE PENSIONARE(unde este cazul)
- DECIZIE DE PIERDEREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ PENTRU PENSIILE DE INVALIDITATE(unde este cazul)

**ÎNSOȚITOR:**

- COPIE ACT DE IDENTITATE
  - COPIE CERTIFICAT DE NAȘTERE
  - COPIE CERTIFICAT DE CĂSĂTORIE(unde este cazul)
  - COPIE DECIZIE DE PENSIONARE(unde este cazul)
  - DECIZIE DE PIERDEREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ PENTRU PENSIILE DE INVALIDITATE(unde este cazul)
- DOSAR(de încopciat)  
**CONT(OPTIONAL)**

**COPIILE VOR FI ÎNSOTITE DE ACTELE ORIGINALE**

## DECLARAȚIE

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_ cu domiciliul în Târgu Jiu, str. \_\_\_\_\_ bl. \_\_\_\_\_ ap. \_\_\_\_\_ în calitate de reprezentant legal/titular al bolnavului cu handicap grav \_\_\_\_\_ mă oblig să aduc la cunoștință orice modificare cu privire la gradul de handicap, actualizarea datelor cu privire la actele de identitate, (expirare) domiciliul sau reședința și alte situații de natură să modifice acordarea drepturilor prevăzute de lege, sau schimbarea opțiunii.

DATA

SEMNĂTURA

### NOTĂ

Conform art. 59, alin.1 lit.h și art 60 lit f ,Secțiunea a 6-a din Legea nr.448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, “persoanele cu handicap sau reprezentanții legali ai acestora au obligația să aducă la cunoștința direcțiilor generale de asistență socială și protecția copilului județene, respectiv locale ale sectoarelor municipiului București, în termen de 48 de ore de la luarea la cunoștință, orice modificare cu privire la gradul de handicap, domiciliu sau reședință, starea materială și alte situații de natură să modifice acordarea drepturilor prevăzute de lege”.

## DECLARAȚIE

Subsemnatul \_\_\_\_\_ legitimat/ă  
cu BI/CI seria \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_ declar pe propria  
răspundere că persoana cu handicap grav nu beneficiază de  
indemnizație de însoțitor de la Casa Județeană de Pensii și nici  
indemnizație de nevăzător de la DGASPC Gorj.

Data

Semnătura

ROMÂNIA  
JUDEȚUL GORJ  
MUNICIPIUL TG-JIU  
NR \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**CERERE  
PENTRU ACORDAREA INDEMNIZAȚIEI  
PENTRU PERSOANELE CU HANDICAP GRAV**

Subsemnatul \_\_\_\_\_ născut(ă) la data de (zi, lună, an)  
\_\_\_\_\_ domiciliat în localitatea Tg-Jiu, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_  
sc. \_\_\_\_\_ ap. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_, județul Gorj, posesor al B.I. seria  
\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, eliberat de \_\_\_\_\_, la data de \_\_\_\_\_, vă  
rog să-mi aprobați acordarea indemnizației prevăzută de \_\_\_\_\_  
Ordinul M.S.F. nr. 380/2002.

În calitate de( titular, reprezentant legal) \_\_\_\_\_ al bolnavului  
adult cu handicap grav \_\_\_\_\_ conform certificatului  
(deciziei) nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_ emis de \_\_\_\_\_ valabil  
până la data de \_\_\_\_\_, născut la data de \_\_\_\_\_ posesor al BI  
seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, domiciliat în localitatea Tg-Jiu, str. \_\_\_\_\_,  
nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_ solicit indemnizația.

Anexez alăturat copii după certificatul de încadrare într-o categorie de persoane cu  
handicap, copii după B.I. , certificate de naștere, anchetă socială.

**SEMNĂTURĂ,**

**DATA** \_\_\_\_\_

Domnule Director,

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_ domiciliat/ă  
în localitatea Tîrgu Jiu, str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ bl. \_\_\_\_\_ sc. \_\_\_\_\_  
ap. \_\_\_\_\_, județul Gorj, telefon \_\_\_\_\_ în vederea  
reînnoirii dosarului de acordare a indemnizației pentru persoană cu  
handicap grav pentru \_\_\_\_\_, **depun**  
**alăturat următoarele documente:**

certificat de încadrare în grad de handicap nr. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Data

Semnătura,

Domnului Director al Direcției Publice de Protecție Socială Tîrgu Jiu