

C E R E R E

de acordare a drepturilor cuvenite persoanelor adulte cu handicap vizual

Subsemnatul/a _____ cu domiciliul în _____
 str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, sector/județ _____ posesor
 al actului de identitate _____ seria _____, nr. _____ eliberat de _____
 la data de _____, CNP _____, încadrat într-o categorie de persoane cu
 handicap _____ conform Certificatului/Deciziei nr. _____, emis de Comisia de
 expertiză medicală a persoanelor cu handicap pentru adulți/ Comisia superioară de expertiză medicală a
 persoanelor cu handicap pentru adulți _____, vă rog să-mi aprobați acordarea
 următoarelor drepturi prevăzute de art. 19 alin (1) din O.U.G. nr. 102/1999:

- | | |
|---|-----|
| a) Alocăție socială pentru adulții nevăzători cu handicap grav | [] |
| b) Alocăție socială pentru adulții nevăzători cu handicap accentuat | [] |
| c) Indemnizație de însoțitor | [] |
| d) Indemnizație ef. art. 19 alin.(1) lit.c) | [] |
| e) Scutire de plata taxei de abonament radio/tv | [] |
| f) Scutire de plata abonamentului telefonic cu 100 de impulsuri
incluse și costul a 400 impulsuri | [] |
| g) Gratuitatea transportului urban | [] |
| h) Gratuitatea transportului interurban cu 12 călătorii dus-întors | [] |
|) Gratuitatea transportului interurban cu 6 călătorii dus-întors | [] |
|) Indemnizație lunară de 200.000 lei pentru nevăzătorii cu
handicap grav, salariați | [] |
| k) Scutire de la plata taxei pentru abonamentul la curentul electric
pentru nevăzătorii cu handicap grav | [] |

Menționez faptul că nu realizez / realizez următoarele venituri :

- | | |
|---|-----|
| - pensie (indiferent de tip, limită de vârstă, invaliditate, IOVR, agricultori) | [] |
| - salariu | [] |
| - sume din închirierea unor imobile | [] |
| - sume din desfășurarea unor activități agricole | [] |
| - alte venituri | [] |

Menționez faptul că am avut / nu am avut un certificat de încadrare în grad de handicap
 (Certificat/Decizie _____)

Doresc să primesc drepturile cu caracter pecuniar prin:

- | | |
|-----------------------------|-----|
| a) mandat poștal | [] |
| b) cont personal | [] |
| c) altă modalitate de plată | [] |

 Nume și prenume

 Semnătura

 Data

¹ Se menționează gradul de handicap

² Se menționează nr. și data eliberării certificatului