

**CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI ZALĂU**

**Direcția de Asistență Socială**

Nr. .... / .....

**C E R E R E**

Subsemnatul/a ..... domiciliat/ă în mun. Zalău,  
strada ....., nr. ...., bl. ...., sc. ....  
ap. ...., județul Sălaj, legitimat cu B.I. / C.I. seria ..... nr. ....  
născut la data de ....., vă rog să-mi aprobați acordarea **indemnizației**  
prevăzută de Legea 448 / 2006 pentru aprobarea O.U. Nr. 102 / 1999 privind protecția și încadrarea în muncă a  
persoanelor cu handicap, pentru mine/fiul/fiica mea .....  
fiind încadrat în gradul I de handicap, conform prezentului Certificat medical nr. ....  
din data de .....

În sprijinul cererii mele anexează următoarele acte:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Alte mențiuni:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vă informăm că datele dumneavoastră personale (după caz și ale membrilor de familie) vor fi prelucrate conform prevederilor Regulamentului U.E. nr. 679/2016, privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

Zalău, .....

Semnătura

Nr. .... / .....

## DECLARAȚIE PRIVIND VENITURILE REALIZATE

Subsemnata/ul ..... cu domiciliul/cu reședința  
în ....., str. ....  
posesor al B.I./C.I. cu seria ..... și nr ....., eliberat de  
....., bolnav/ă încadrat/ă în grad de handicap grav conform certificatului  
..... din data de ....., *declar pe propria răspundere următoarele:*

**1. În momentul actual realizez următoarele venituri provenite din:**

- salar ..... în quantum de .....
- pensie de asigurări sociale de stat ..... în quantum de .....
- pensie de agricultor ..... în quantum de .....
- pensie IOVR ..... în quantum de .....
- pensie urmaș ..... în quantum de .....
- indemnizație pentru persoană cu handicap ..... în quantum de .....
- indemnizație de însoțitor - gr. I de invaliditate ..... în quantum de .....
- alocație de stat pentru copii ..... în quantum de .....
- alte venituri ..... sursa ..... în quantum de .....

**2. Toate modificările survenite ulterior cu privire la veniturile mele mă oblig să le anunț în termen de 10 zile de la data modificării.**

Data

.....

Semnătura

.....