

DECLARAȚIE,

Subsemnatul/a _____ domiciliat/ă în loc.
_____, str. /sat _____, nr. _____,
bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, jud. ARAD

DECLAR pe proprie răspundere, cunoscând sancțiunile prevăzute de lege cu privire la declarațiile mincinoase, că sunt persoană cu handicap asimilabilă gradului de handicap _____ conform Certificatului de încadrare în grad de handicap nr. _____ din data de _____, emis de către Comisia pentru Protecția Copilului Arad / Comisia de Evaluare a Persoanelor cu Handicap pentru Adulți Arad, cu termen de valabilitate până la : _____, că sunt / nu sunt internat în instituții de învățământ special, asistență socială sau în alte instituții cu caracter social, unde mi se asigură întreținere completă din partea statului, și că, la data prezentei, tipul venitului de care beneficiaz este:

- fără venit _____
- pensie de urmaș _____
- pensie limită de vârstă _____
- pensie de invaliditate _____
- pensie CAP _____
- altele (se specifică în continuare) _____

potrivit documentului doveditor anexat la cererea de acordare a drepturilor cuvenite persoanei cu handicap conform Legii nr.448/2006, republicată.

Totodată mai declar ca mă oblig să anunț orice modificare față de cele declarate de natură să influențeze acordarea drepturilor, în termen de **48 de ore** de la producere.

Data: _____

DECLARANT / Ă,
