**Către,**

 **Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Satu Mare**

* Compartimentului Evidență și plată prestații sociale -

 Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

având domiciliul în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

și CNP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

în calitate de ***persoană încadrată în grad de handicap grav cu asistent personal***,

prin prezenta, **îmi exprim opțiunea** privind:

* **ANGAJAREA UNUI ASISTENT PERSONAL**
* **ÎNCASARE INDEMNIZAȚIE LUNARĂ**

Numele și prenumele persoanei care a completat cererea:

Data: Semnătura:

Date de contact: nr. telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_