

ANEXA 1 la modalitatea de decontare



CONSILIUL JUDEȚEAN CLUJ
Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului
Serviciul Prevenire Marginalizare Socială și Integrare
Socio - profesională, Evidență Prestații Sociale, Compartiment Incluziune Socială
Cluj-Napoca, str. G-ral E. Grigorescu, nr. 37-39
Tel: +40 264 420 146; +40 264 420 147; Fax +40 264 420 602

Cod operator de date cu caracter personal nr. 16190

Se aprobă:
Director general,
NICOLETA MOLNAR

NR...../.....

Către

DIRECȚIA GENERALĂ DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ȘI PROTECȚIA COPILULUI CLUJ

I. (Se completează de către persoana solicitantă.)

Subsemnatul/Subsemnata:

1. Numele și prenumele _____, persoană cu dizabilități, conform certificatului de încadrare în grad de handicap nr.....din....., emis de Comisia pentru Protecția Copilului/ Comisia de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap
2. CNP | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
3. Domiciliul: localitatea: _____, județ Cluj, str. _____, nr. __, bl. __, sc. __, et. __, ap. __, cod poștal _____
4. E-mail _____
5. B.I./C.I. seria __ nr. _____, eliberat de _____, la data de _____, valabilitatea _____
6. Telefon _____

II. (Se completează de către părintele, tutorele sau persoana care se ocupă de creșterea și îngrijirea copilului cu handicap grav sau accentuat în baza unei măsuri de protecție specială, stabilită în condițiile legii.)

1. Numele și prenumele _____
2. CNP | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
3. Domiciliul: localitatea: _____, județ Cluj, str. _____, nr. __, bl. __, sc. __, et. __, ap. __, cod poștal _____
4. E-mail _____
5. B.I./C.I. seria __ nr. _____, eliberat de _____, la data de _____, valabilitatea _____
6. Telefon _____
7. Calitatea _____ pentru persoana cu dizabilități _____, conform certificatului de încadrare în grad de handicap nr.....din....., emis de Comisia pentru Protecția Copilului/ Comisia de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap având CNP : _____
8. Actul prin care persoana este desemnată reprezentant legal și valabilitatea acestuia _____

Îmi exprim opțiunea

pentru acordarea gratuității la transportul interurban

sau

pentru decontarea carburantului necesar deplasării cu autoturismul

Data: _____

Semnătura _____

ANEXA 1 la modalitatea de decontare



CONSILIUL JUDEȚEAN CLUJ
Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului
Serviciul Prevenire Marginalizare Socială și Integrare
Socio - profesională, Evidență Prestații Sociale, Compartiment Incluziune Socială
Cluj-Napoca , str. G-ral E. Grigorescu, nr. 37-39
Tel: +40 264 420 146 ; +40 264 420 147 ; Fax +40 264 420 602

Cod operator de date cu caracter personal nr. 16190

Se aprobă:
Director general,
NICOLETA MOLNAR

NR...../.....

Către

DIRECȚIA GENERALĂ DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ȘI PROTECȚIA COPILULUI CLUJ

I. (Se completează de către persoana solicitantă.)

Subsemnatul/Subsemnata:

1. Numele și prenumele _____, persoană cu dizabilități, conform certificatului de încadrare în grad de handicap nr.....din....., emis de Comisia pentru Protecția Copilului/ Comisia de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap
2. CNP | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
3. Domiciliul: localitatea: _____, județ Cluj, str. _____, nr. __, bl. __, sc. __, et. __, ap. __, cod poștal _____
4. E-mail _____
5. B.I./C.I. seria __ nr. _____, eliberat de _____, la data de _____, valabilitatea _____
6. Telefon _____

II. (Se completează de către părintele, tutorele sau persoana care se ocupă de creșterea și îngrijirea copilului cu handicap grav sau accentuat în baza unei măsuri de protecție specială, stabilită în condițiile legii.)

1. Numele și prenumele _____
2. CNP | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
3. Domiciliul: localitatea: _____, județ Cluj, str. _____, nr. __, bl. __, sc. __, et. __, ap. __, cod poștal _____
4. E-mail _____
5. B.I./C.I. seria __ nr. _____, eliberat de _____, la data de _____, valabilitatea _____
6. Telefon _____
7. Calitatea _____ pentru persoana cu dizabilități _____, conform certificatului de încadrare în grad de handicap nr.....din....., emis de Comisia pentru Protecția Copilului/ Comisia de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap având CNP : _____
8. Actul prin care persoana este desemnată reprezentant legal și valabilitatea acestuia _____

Îmi exprim opțiunea

pentru acordarea gratuității la transportul interurban

sau

pentru decontarea carburantului necesar deplasării cu autoturismul

Data: _____

Semnătura _____