

MODEL DE SOLICITARE INFORMATII PUBLICE

STIMATE DOMNULE / STIMATA DOAMNA,

.....

Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap

Calea Victoriei Nr. 194, București
Telefon: (021) 212 5438; (021) 212 5439
Fax: (021) 212 5443

Data

Prin prezenta formulez o cerere conform Legii nr. 544/2001 privind liberul acces la informațiile de interes public. Doresc să primesc o copie de pe următoarele documente (petentul este rugat să enumere cât mai concret documentele sau informațiile solicitate):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Doresc ca informațiile solicitate să îmi fie furnizate, în format electronic, la următoarea adresă de e-mail (opțional):

.....

Sunt dispus să plătesc taxele aferente serviciilor de copiere a documentelor solicitate (dacă se solicită copii în format scris).

Vă mulțumesc pentru sollicitudine,

.....
(semnătura petentului)

Numele / Prenume petent
 Adresa
 Telefon
 Fax

**DREPTURILE DE CARE BENEFICIAZA PERSOANA CU HANDICAP, CONFORM LEGII NR. 519/ 12 IULIE 2002
 INDIFERENT DE SURSA FINANTARII PLATILOR - TABEL SINTETIC**

		DREPTURI	ALOCATIE DE STAT (+100%)	ALOCATIE HRANA HIV / SIDA	ALOCATIE SOCIALA (pensie sociala)	ASISTENT PERSONAL	INSOTITOR (optional)	INDEMNIZATIE SOCIALA (AJUTOR SPECIAL)	Abonament RADIO-TELEVIZOR	Abonament TELEFON	TRANSPORT URBAN	TRANSPORT INTERURBAN	Abonament CURENT ELECTRIC	Indemnizatie pt. salariatii cf. HG40/2000, art.19, lit.n	MEDICAMENTE	TABERE	BILETE SPECTACOL
COPIIL	VAZATOR ***	Grad I (Grav)	DA	DA		DA			DA	DA****	DA	DA (12 calatorii / an)			DA (prin intermediul C.N.A.S.)	DA	DA
COPIIL	VAZATOR ***	Grad II (Accentuat)	DA	DA						DA****	DA	DA (6 calatorii / an)				DA	DA
COPIIL	VAZATOR SI NEVAZATOR	Grad III (Mediu)	DA	DA												DA	DA
COPIIL*	NEVAZATOR	Grad I (Grav)	DA	DA		DA			DA	DA****	DA	DA (12 calatorii / an)				DA	DA
COPIIL**	NEVAZATOR	Grad I (Grav)	DA	DA			DA		DA	DA****	DA	DA (12 calatorii / an)				DA	DA
COPIIL	NEVAZATOR	Grad II (Accentuat)	DA	DA						DA****	DA	DA (6 calatorii / an)				DA	DA
ADULT	VAZATOR ***	Grad I (Grav)				DA		DA	DA	DA****	DA	DA (12 calatorii / an)					
ADULT	VAZATOR ***	Grad II (Accentuat)						DA****		DA****	DA	DA (6 calatorii / an)					
ADULT	VAZATOR SI NEVAZATOR	Grad III (Mediu)															
ADULT*	NEVAZATOR	Grad I (Grav)			DA	DA			DA	DA****	DA	DA (12 calatorii / an)	DA	DA			
ADULT**	NEVAZATOR	Grad I (Grav)			DA		DA		DA	DA****	DA	DA (12 calatorii / an)	DA	DA			
ADULT	NEVAZATOR	Grad II (Accentuat)			DA					DA****	DA	DA (6 calatorii / an)					

*Cu asistent personal (la alegere); **Cu insotitor (la alegere); **** Adultii incapabili de munca din cauza handicapului si care nu au alte venituri, altele decit pensia de urmas. Pt. cei cu venituri mai mici decit cuantumul se acorda diferenta pina la valoarea acestuia; ***** ABONAMENT TELEFON: pentru VAZATORI = ABONAMENTUL FARA IMPULSURI PLUS 100 DE IMPULSURI; pentru NEVAZATORI = ABONAMENTUL FARA IMPULSURI PLUS 400 DE IMPULSURI;

MODEL CONTESTATIE

DOMNULE PRESEDINTE,

Subsemnatul(a), domiciliat(ă) în localitatea, Str.
. nr. . . . , Bl. ap. , județul / sect. , posesor al actului de identitate seria
. . . nr. , eliberat de în data de, contest certificatul ce mi-a fost eliberat de
Comisia de expertiză medicală a persoanelor cu handicap din județul (sectorul) la data de __/__/____, pe următoarele
motive:

.....
.....
.....

..... VEZI VERSO

Având în vedere cele prezentate, va rog respectuos să dispuneți revizuirea dosarului meu de
Comisia Superioară de expertiză medicală a persoanelor cu handicap pentru adulți. În speranța că se va
rezolva favorabil, vă mulțumesc anticipat.

Data

Semnătura

Domnului Președinte al Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap