**CERERE**

Subsemnatul/a………………………………………………..., domiciliat(ă) în…………...…………………………….…, str………………………………...., nr………, sc, ……..,et…….ap……………..județul………………...telefon………………………. actul de identitate…….. seria……..nr…….., CNP…………………….. cu certificat de încadrare în grad de handicap nr……………. din data………….……..…., solicit prin prezenta admiterea ca beneficiar al Centrului de Zi de Recuperare pentru Copii cu Dizabilități.

Situația familială:

Nr.copii minori .............

* Familia monoparentală;
* Familie de etnie romă;
* Părinti divorțați;
* Părinți plecați la muncă în stăinătate;
* Părinte/părinți decedați;
* Alte situații…………………………………………………………

Situația medicala a familiei:

* Boli cronice/dizabilităti membri familiei;
* Tratament medical copil beneficiar;

Venit lunar al familiei (inclusiv alocații și alte venituri) ……………………………………………………………………………

Sunt/nu sunt beneficiar de alte servicii sociale/ beneficii sociale (VMG, ASF, indemnizație creștere copil/ handicap/ plasament familial, ajutor încălzire).

Anexez:

□ certificat de naştere sau C.I. al copilului – în fotocopie;

□ certificat de încadrare în grad de handicap sau certificat medical/scrisoare medicală emis de medicul specialist care să ateste o dizabilitate (model A5);

□ acte de identitate părinţi – în fotocopie;

□ acte de identitate ale celorlalţi membrii ai familiei care locuiesc împreună cu copilul;

□ certificat de căsătorie părinţi, sentință de divorț, după caz – în fotocopie;

□ adeverinţe de venit ale părinţilor, după caz;

□ un document medical în care este specificat diagnosticul copilului – în fotocopii.

Data

 Semnătură părinte/reprezentant legal