

**CERERE**

de virare în cont personal a drepturilor bănești cuvenite  
conform Legii 448/2006, republicată

Domnule Director General Adjunct,

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_, domiciliat/ă în  
sat \_\_\_\_\_, comuna \_\_\_\_\_, orașul \_\_\_\_\_,  
str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, județul Vrancea,  
născut/ă la data de \_\_\_\_\_, prenumele tatălui \_\_\_\_\_, prenumele  
mamei \_\_\_\_\_ CNP \_\_\_\_\_ posesor al B.I./C.I./CIP/Pașaport  
seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, eliberat de către \_\_\_\_\_, la data \_\_\_\_\_,  
telefon \_\_\_\_\_, în calitate de persoană cu handicap / reprezentant pentru  
persoana cu handicap (se completează numele persoanei cu handicap în situația în care  
dosarul se depune de un reprezentant) \_\_\_\_\_,  
conform Certificatului de încadrare în grad de handicap nr. \_\_\_\_\_ din data \_\_\_\_\_,

➤ solicit ca plata drepturilor prevăzute prin Legea nr.448/2006 privind  
protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap (republicată) să se facă în  
contul curent (cod IBAN): \_\_\_\_\_ deschis  
pe numele meu, la Banca \_\_\_\_\_

Mă oblig, în conformitate cu prevederile Legii 448/2006, art. 60 și art. 25, să  
comunic Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului Vrancea, în  
termen de 48 de ore, de la luarea la cunoștință, orice modificare cu privir la situația  
beneficiarului: schimbare domiciliu, reședință, deces, precum și alte situații de natură  
să modifice acordarea drepturilor prevăzute de lege.

Subsemnatul/a sunt de acord cu restituirea de către Banca  
\_\_\_\_\_ (la care am deschis cont bancar și în care mi se  
virează prestațiile sociale) a tuturor sumelor plătite în baza Legii 448/2006 încasate în  
mod necuvenit.

**Anexez la prezenta:**

- Extras de cont curent personal semnat, emis de o sucursală/agenție bancară Vrancea, pe numele  
persoanei cu handicap
- Copie certificat de handicap
- Copie B.I / C.I. – persoana cu handicap

Menționez că sunt de acord cu prelucrarea și furnizarea datelor cu caracter personal, conform  
Regulamentului (UE) 679/2016 în scopul acordării/sistării beneficiilor de asistență socială și a  
serviciilor sociale corespunzător nevoilor identificate, la nivel instituțional.

**Data azi** \_\_\_\_\_

**Am citit și am înțeles cele de mai sus:**

**Semnătura** \_\_\_\_\_

Confidențial, date cu caracter personal prelucrate în conformitate cu Regulamentul (UE) 2016//679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce  
privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date

Decizia \_\_\_\_\_ Verificat CPH \_\_\_\_\_

Propunere \_\_\_\_\_

Inspector de specialitate

Verificat,  
Sef Serviciu S.S.P.P.S.,