

**CONSILIUL JUDEȚEAN BRĂILA**  
**DIRECȚIA GENERALĂ DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ȘI PROTECȚIA COPILULUI**

*Brăila, str. Ghiocilor nr. 8, tel 0239/677839, 0239/694875, e-mail: dgaspo@braila.astral.ro*

Nr. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**DOAMNA DIRECTOR GENERAL**

Subsemnatul ..... domiciliat în Brăila, str. ....  
nr. .... bl. ...., sc. ...., ap. ...., în calitate de reprezentant legal al  
..... persoană cu handicap grav, potrivit certificatului de  
încadrare în grad de handicap nr. .... din ....., în conformitate cu  
prevederile art. 42 din Legea 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor  
persoanelor cu handicap, solicit acordarea unui asistent personal / indemnizației lunare.

DATA .....

Semnătura

**DOAMNEI DIRECTOR GENERAL AL D.G.A.S.P.C. BRĂILA**