



# CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI SIBIU

## DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ SIBIU

Operator de date personale înregistrat la Avocatul Poporului sub nr.3806

B-dul Victoriei 1-3, Sibiu 550024, România

tel. 0040-0269-208930, fax. 0040-0269-224756, e-mail: [protsoc@sibiu.ro](mailto:protsoc@sibiu.ro), [www.sibiu.ro](http://www.sibiu.ro)

Facebook: Sibiu – Pagina Oficiala a Orașului, Sibiu City App

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

Anexă la HCL Nr.198/31.05.2012

Rezoluție Director executiv:

S.A.P.D.

### C E R E R E

**pentru acordarea de beneficii de asistență socială din bugetul local**

#### DATE PERSONALE ALE SOLICITANTULUI:

Nume |

Prenume |

CNP |

#### DOMICILIUL SOLICITANTULUI:

Strada |

Nr. | Bl. | Sc. | Ap. |

Localitatea | Județ |

#### ADRESA DE REȘEDINȚĂ:

Strada |

Nr. | Bl. | Sc. | Ap. |

Localitatea | Județ |

Telefon |

E-mail: .....

#### SOLICIT ACORDAREA:

<input type="checkbox"/>	serviciilor oferite de Cantina mun. Sibiu: servirea a două mese zilnic de persoană, prânzul și cina	anexa 1
<input type="checkbox"/>	ajutor de urgență pentru familiile și persoanele aflate în situații de necesitate precum și pentru alte situații deosebite, stabilite prin hotărare a consiliului local	anexa 2
<input type="checkbox"/>	prestație financiară excepțională pentru familiile cu copii, care se confruntă temporar cu probleme financiare determinate de o situație excepțională și care pune în pericol dezvoltarea armonioasă a copilului	anexa 3
<input type="checkbox"/>	indemnizație acordată părinților sau reprezentanților legali ai copilului cu handicap grav, adulților cu handicap grav / reprezentanților legali ai acestora	anexa 4
<input type="checkbox"/>	gratuitate pe transportul local în comun pentru persoanele cu handicap accentuat, persoanele cu handicap grav, asistenții personali sau însoțitorii acestora	anexa 4

Solicitantul se obligă să prezinte actele doveditoare necesare acordării beneficiului de asistență socială menționate în anexele 1-4 la prezenta cerere, funcție de beneficiul solicitat și să aducă la cunoștința Serviciului Public de Asistență Socială, în scris, în termen de 48 de ore orice modificare care poate conduce conform legii la încetarea sau modificarea beneficiului social.

**Data,**

**Semnătura solicitantului,**

**DECLARAȚIE DE CONȘIMȚĂMÂNT  
PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL**

Subsemnatul/a ....., prin prezenta declar că am fost informat(ă) și consimt ca datele mele cu caracter personal să fie prelucrate în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției, respectiv: acordarea de beneficii și servicii sociale conform legii, statistică, cercetare, acordarea de servicii și beneficii de către ONG-uri, includerea în proiecte sociale ale ONG-urilor, asociațiilor/fundațiilor/instituțiilor acreditate în acest sens.

Am luat la cunoștință că informațiile din cererea depusă și din actele anexate la aceasta, vor fi prelucrate de Direcția de Asistență Socială Sibiu cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) nr.679 din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE. De asemenea, am fost informat că îmi pot exercita dreptul la acces, intervenție și de opoziție printr-o cerere scrisă, semnată și datată, depusă la sediul instituției.

Data

Semnătura