## DECLARAȚIE

## PENTRU ACORDAREA STIMULENTULUI PENTRU COPILUL CU HANDICAP

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliat/ă în municipiul București, str.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr.\_\_\_\_\_\_, bloc\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sc.\_\_\_\_\_\_, ap.\_\_\_\_\_, telefon\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sector\_\_\_\_\_\_\_\_, posesor/oare al/a B.I./C.I. seria \_\_\_\_\_\_, nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cod numeric personal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, eliberat/ă de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în calitate de:

* părinte natural\_\_\_
* părinte adoptiv\_\_\_\_
* tutore\_\_\_\_
* curator\_\_\_\_
* persoană/ familie de plasament\_\_\_\_
* asistent maternal\_\_\_\_\_\_
* persoană căreia i s-a încredinţat copilul în vederea adopţiei\_\_\_

Declar pe proprie răspundere:

* sub sancţiunile art. 326 din Codul penal privind infracţiunea de fals în declaraţii că **am luat la cunoștință faptul că stimulentul pentru copilul cu handicap se acordă sub rezerva achitării de către solicitant a obligațiilor de plată față de bugetul local (impozite, taxe folosință, amenzi etc.);**
* am luat la cunoștință și îmi exprim acordul cu privire la interogarea situației privind domiciliul/reședința mea, de către DGASMB, în mod direct, la DGEP;
* am luat la cunoștință că acordarea stimulentului este condiționată de îndeplinirea cumulativă a condițiilor prevăzute în H.C.G.M.B. nr. 825/2018 **și a faptului că solicitantul trebuie să aibă domiciliul stabil de cel puțin 6 luni pe raza municipiului București sau reședința pe raza municipiului București de cel puțin 6 luni** (H.C.G.M.B. nr. 297/2018).
* am luat la cunoștință și îmi exprim acordul cu privire la interogarea situației privind istoricul de domiciliu/reședință pe raza municipiului București, de către DGASMB, în mod direct, la DLEP S6, dacă este cazul; **(procedură aplicabilă doar pentru persoanele cu domiciliul/reședința pe raza sectorului 6)**

 Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEMNĂTURA,

Durată completare formular: 5 min.

Scop: stimulent pentru copilul cu handicap