Nr. BSAH/ ...............................

**CERERE**

**ELIBERARE ADEVERINȚĂ BENEFICIAR STIMULENT PERSOANE ADULTE CU HANDICAP**

Subsemnatul(a).........................................................................................................................având domiciliul în municipiul București, sectorul................., str.........................................................nr……..., Bl......., Sc…..., Ap…...., posesor(posesoare) al/a CI/BI seria ............. nr. ...................., CNP......................................... tel................................... vă rog să binevoiți a-mi elibera o adeverință care să ateste calitatea de beneficiar al stimulentului financiar de 500 lei pentru persoanele adulte cu handicap conform H.C.G.M.B. nr. 330/2017 și perioada în care acesta a fost acordat.

Adeverința se eliberează pentru ………………………………………………………………. ............................................................................................................................................................................................................................

Data Semnătura

*Doamnei Director General al Direcţiei Generale de Asistenţă Socială a Municipiului Bucureşti*

Durată completare formular: 5 min.

Scop: stimulent pentru integrarea socială a persoanelor adulte cu handicap