

La Procedura de acordare a plăților prestațiilor sociale pentru persoanele cu handicap, precum și situațiile de suspendare, modificare, încetare a dreptului de către agențiile județene pentru plăți și inspecție socială, respectiv a municipiului București

CERERE

Către D.A.S.P.C. (județ, sector)

În atenția Dlui/Dnei Director Executiv

Subsemnatul/a

Numele			
Prenumele			
Cod numeric personal			
Act de identitate/doveditor* (copie atașată)	Seria	Nr.	
Eliberat de	La data de		
		(z z)	(l l) (a a a a)
Domiciliul/Date de contact:			
Strada			
Nr.	Bl.	Sc.	Et.
			Apart.
Localitatea	Sector		
Județ	Telefon		

<input type="checkbox"/> În nume propriu
<input type="checkbox"/> În numele persoanei îndreptățite

Depun prezenta cerere

Pentru : (se completează doar în cazul în care solicitantul nu este persoana îndreptățită)

Numele			
Prenumele			
Cod numeric personal			
Act de identitate/doveditor* (copie atașată)	Seria	Nr.	
Eliberat de	La data de		
		(z z)	(l l) (a a a a)
Domiciliul/Date de contact:			
Strada			
Nr.	Bl.	Sc.	Et.
			Apart.
Localitatea	Sector		
Județ	Telefon		
Încadrat(ă) în grad de handicap conform certificatului nr.			
La data de			
	(z z)	(l l)	(a a a a)

În vederea renunțării la acordarea prestațiilor sociale prevăzute de Legea nr. 448/2006, republicată cu modificările și completările ulterioare

Data.....

Numele solicitantului.....

Semnătura.....