

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 D-lui/D-nei Director Executiv

Subsemnatul/a

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.	Sector	
Localitatea						
Județ			Telefon			

☐ În nume propriu
☐ În numele persoanei îndreptățite

Depun prezenta cerere pentru (se completează doar în cazul în care solicitantul nu este persoana îndreptățită):

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.	Sector	
Localitatea						
Județ			Telefon			
Încadrat(ă) în grad de handicap conform certificatului nr.						
La data de						
(z z) (l l) (a a a a)						

Declar pe propria răspundere că renunț la acordarea prestațiilor sociale prevăzute de Legea nr. 448/2006, republicată cu modificările și completările ulterioare

Data.....

Numele solicitantului.....

Semnătura.....