

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. 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):

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. 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.....