

Către,
Direcția de Asistență Socială
Serviciul Asistență Socială pentru Persoane cu Dizabilități

Subsemnatul/a _____ cu
cu domiciliul situat în Brașov, str. _____ nr.
_____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, legitimat/ă cu CNP _____,
în calitate de persoană cu dizabilități /reprezentant legal/ tutore/curator al persoanei cu
handicap grav _____, prin prezenta solicit
încetarea plății indemnizației lunare din data de _____ deoarece:

- schimbat domiciliul/stabilit reședința în localitate _____
- decedat la data de _____
- optez pentru primirea indemnizației de însoțitor de la Casa Județeană de Pensii
- optez pentru angajarea unui asistent personal
- instituționalizat/internat la _____
- alte situații _____

Alăturat anexez următoarele acte (copie xerox, după caz):

CI/BI seria _____ nr. _____

Act de deces nr. _____/_____

Acord pentru angajarea asistentului personal nr. _____ data _____

Decizie asupra capacității de muncă nr. _____ data _____

Telefon _____

Solicitant: _____
(nume, prenume, semnătura)

Data _____

Funcționar: _____
(nume, prenume, semnătura)