

Către,

Direcția de Asistență Socială _____
Serviciul Prestații Sociale

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

- schimbat domiciliul/stabilit reședința în localitatea _____
- 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)