

**Către,**  
**Direcția de Asistență Socială Brașov**  
**Serviciul Prestații Sociale**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_ cu CNP \_\_\_\_\_, cu domiciliul situat în Brașov, str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, 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 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)