

**CERERE**  
**PENTRU ACORDAREA PRESTAȚIILOR SOCIALE NEÎNCASATE**

Subsemnatul(ă) \_\_\_\_\_, cu codul personal de asigurări (CNP) \_\_\_\_\_, domiciliat(ă) în localitatea \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, etj. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, județul Teleorman, posesor act de identitate seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, eliberat de \_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_, născut(ă) la data de \_\_\_\_\_, în localitatea \_\_\_\_\_, județul \_\_\_\_\_, fiul(fiica) lui \_\_\_\_\_, și al(a) \_\_\_\_\_, persoana cu handicap cu dosarul nr. \_\_\_\_\_, și certificatul de încadrare în grad de handicap nr. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, vă rog să-mi aprobați plata prestațiilor sociale sub formă de indemnizație lunară/buget personal complementar, cuvenite pe perioada \_\_\_\_\_ și neîncasate, întrucât:

- nu am fost la domiciliu
- poștașul nu mi-a adus indemnizația la domiciliu
- contul bancar a fost blocat
- B.I./C.I. expirat

Declar pe proprie răspundere că în perioada menționată nu m-am aflat în niciuna din situațiile prevăzute de lege, privind suspendarea sau încetarea plății drepturilor prevăzute de Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

Data \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_

Inspector

Domnului Director General al D.G.A.S.P.C. Teleorman