

APROBAT
p. Primar
Director Executiv
Lavinia Maria ȘAROȘI

Către,
Primăria Municipiului Câmpia Turzii

Subsemnatul(a) _____ cu domiciliul în
Câmpia Turzii , str. _____ nr. _____, bl. _____, ap. _____, CI
seria _____ nr. _____ eliberat de Municipiul. Câmpia Turzii la data de _____
CNP _____, având calitatea de _____ față de persoana cu
handicap grav _____, prin prezenta vă rog să-mi aprobați,
plata indemnizației lunare cuvenite acesteia pe luna _____, având în vedere că
persoana cu handicap a decedat la data de _____.

Solicit aceasta în baza art.36 alin.(6) din HG 268/2007, pentru aprobarea Normelor meto-
dologice de aplicare a prevederilor Legii nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor
persoanelor cu handicap, conform căruia *“Prestațiile sociale rămase neîncasate de către persoana cu
handicap decedată, reprezentând indemnizația și/sau bugetul personal complementar pe luna în care a
avut loc decesul, și, după caz, prestațiile sociale cuvenite și neachitate până la deces se plătesc soțului
supraviețuitor, copiilor, părinților sau, în lipsa acestora, celorlalți moștenitori, în condițiile dreptului
comun”*

Anexez :

- copie certificat de deces seria _____ număr _____.
- copie BI/CI seria _____ număr _____.

Nr. Telefon _____

Câmpia Turzii

Data _____

Semnătura
