

CĂTRE,  
PRIMĂRIA MUNICIPIULUI LUPENI  
Serviciul Public Asistență Socială

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_ C.N.P \_\_\_\_\_  
posesor(oare) a C.I./B.I. seria \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_ eliberat de \_\_\_\_\_  
cu domiciliul în mun. Lupeni, str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ bl \_\_\_\_\_ sc \_\_\_\_\_ ap. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ în calitate de:

- membru al familiei cu handicap grav
- reprezentant legal
- reprezentant al O.N.G \_\_\_\_\_   
al cărui membru a fost persoana cu handicap grav

Vă aduc la cunoștință ca domnul/doamna \_\_\_\_\_  
persoană încadrată în grad de handicap grav cu ultimul domiciliu/resedința în  
\_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_ bl \_\_\_\_\_ sc \_\_\_\_\_ ap \_\_\_\_\_  
a decedat la data de \_\_\_\_\_, conform certificatului de deces seria  
\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, eliberat de \_\_\_\_\_.

Anexez la prezenta cerere următoarele acte doveditoare (xerox):

1. Carte de identitate /Buletin de identitate al declarantului;
2. Certificat de deces .

Data .....

Semnătura.....

---

---

**COMPARTIMENT DE SPECIALITATE :**

Propun încetarea indemnizației lunare începând cu luna \_\_\_\_\_

**VERIFICAT: NUMELE ȘI PRENUMELE**

**FUNCȚIA**

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_