

Domnule Director,

Subsemnatul/Subsemnata, _____ domiciliat(ă)
în localitatea _____, str. _____,
nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, județul _____,
legitimat(ă) cu BI / CI / PC, seria _____, nr. _____, având CNP _____,
în calitate de (soț supraviețuitor / fiu / fiică / părinte) _____
al persoanei cu handicap _____ decedat(ă) la data
de _____, conform certificatului de deces seria _____, nr. _____, eliberat
la data _____ de către _____, vă rog să aprobați
eliberarea unei adeverințe care să certifice dreptul de ridicare a prestațiilor sociale
convenite defunctului persoană cu handicap, fiindu-mi necesară la Oficiul Poștal.

Telefon _____

Anexez următoarele documente:

- Carte de identitate/Buletin de identitate/Carte provizorie
- Certificat de deces
- Certificat de căsătorie
- Certificat de naștere
- Declarație pe propria răspundere
- Certificat de moștenitor
- Alte documente:

Data

Semnătura

Domnului Director Executiv al Agenției Județene pentru Plăți și Inspecție Socială Galați