

Nr. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /201

AC -Transfer

Către,  
Agenția Județeană pentru Plăți și Inspecție Socială Brașov

Subsemnatul \_\_\_\_\_ CNP \_\_\_\_\_

prin prezenta solicit schimbarea adresei de achitare a alocației de stat în județul \_\_\_\_\_  
pentru copilul (copiii):

\_\_\_\_\_ CNP \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CNP \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CNP \_\_\_\_\_

de la adresa \_\_\_\_\_

la adresa \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_

Atenție: se va anexa în copie dovada schimbării domiciliului legal!

*Documente necesare: copie BI/CI reprezentant legal și copii CN ale copiilor*

A.J.P.I.S. – BRAȘOV este operator de date cu caracter personal nr. 14780 și certifică că datele personale vor fi utilizate numai în scopul gestionării și administrării prestațiilor sociale. Datele pot fi furnizate și altor instituții numai în condițiile legii. Prin semnarea cererii înțeleg să-mi exprim acceptul cu privire la preluarea documentelor.

Durata medie de completare a formularului : 3 min.

Motivul colectării informațiilor : gestionarea și administrarea beneficiilor sociale

Modalitatea de completare : olograf , prin sisteme de tehnoredactare

Modalitatea de transmitere a formularului : prin mijloace electronice, prin fax, prin poștă, prin completarea la sediul instituției

Date de contact ale instituției : str.Avram Iancu nr.53, Brașov, Tel.0268.476972, Fax 0268.475182,

www.brasov.prestatilisociale.ro, ajpis.brasov@mmanpis.ro