

FORMULAR H1

acest formular trebuie însoțit de documentele menționate pe verso

NR. ÎNREGISTRARE S.P.S.P.H. /

DOMNULE DIRECTOR

Subsemnatul/a (numele și prenumele)

în calitate de

persoană cu dizabilități

reprezentant al persoanei cu dizabilități

domiciliat/ă în

Județ/sector

Oras(comună)

strada

numărul

bloc

scara

etaj

ap.

Legitimat cu B.I.

C.I.

C.I.P

Pașaport

Seria

Numărul

Pensionar

Salariat

Loc de muncă

de profesie

având nivelul educațional

Fără studii

școala primară

gimnaziu

liceu

facultate

studii post-universitare

Grav (1)

Conform certificatului nr.

din data

Încadrat în gradul

Accentuat (2)

emis de

Comisia pentru Protecția Copilului

Comisia de Evaluare pentru Persoane cu Handicap Adulți

Mediu (3)

Comisia Superioară de Evaluare pentru Persoane cu Handicap Adulți

Cunoscând prevederile Legii 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, vă rog să aprobați:

Punerea în plată

Prelungirea plății

Sistarea plății cu data

OPTEZ PENTRU

doar pentru persoanele încadrate în gradul Grav cu asistent personal

Asistent personal

Indemnizație însoțitor (opțional)

Motiv

Doresc ca plata drepturilor să se realizeze prin

Oficiu Poștal nr.

Banca (denumirea)

De asemenea, vă rog să asigurați / sistati și drepturile privind gratuitatea pentru transport

URBAN

METROREX

R.A.T.B.

INTERURBAN

S.N.C.F.R.

AUTO

Am luat la cunoștință că am obligația să anunț în 48 de ore orice modificare intervenită în situația fizică, materială sau socială, atât a mea cât și a persoanei cu handicap/asistent personal, și că trebuie să predau legitimația de transport dacă dreptul încetează.

Am luat la cunoștință că sunt obligat/ă să restitui drepturile bănești încasate necuvenit.

Semnătura

Pot fi contactat/ă la telefon

Data

Se completează doar de angajații Serviciului Prestații Sociale pentru Persoane cu Handicap

| | | |
|----------------------------|-----------------|-----------|
| Mențiuni | | |
| Actualizat în baza de date | Nume Funcționar | Semnătura |

- copie act identitate persoana cu dizabilități
- copie act identitate reprezentant legal (părinte, tutor, curator, asistent personal, asistent maternal profesionist)
- copie act ce atestă calitatea de reprezentant legal a solicitantului
- copie certificat handicap și plan recuperare
- fotografie tip buletin
- copie certificat deces (pentru sistare drepturi)
- copie BI/CI dacă persoana solicită sistarea drepturilor la schimbarea domiciliului în alt sector sau județ
- *cod IBAN cont curent al titularului prestației sociale
- **adeverință de venit persoana cu dizabilități pentru dosare noi (talon pensie limită de vârstă, adeverință salariat, certificat de la Administrația Financiară pentru cei fără venituri, adeverință de la Agenția Ocupare a Forței de Muncă pentru șomeri)
- ***negație de sistare a drepturilor (inclusiv dreptul la asistent personal), pentru persoanele care au beneficiat de aceste drepturi în alte județe/sectoare

ATENȚIE!

Completați formularele fără a omite informații privind statutul personal, veniturile sau persoanele aflate în întreținere pentru a evita orice probleme ulterioare. În cazul în care aveți dificultăți în completarea formularului, solicitați sprijinul reprezentanților Serviciului Prestații Sociale pentru Persoane cu Handicap.

*)- doar pentru persoanele care doresc sa incaseze prestatile sociale prin virament bancar

**)* **)- doar pentru dosare noi