

**FORMULAR H1**

acest formular trebuie însoțit de documentele menționate pe verso

NR. ÎNREGISTRARE S.P.S.P.H. /

C N P.....

**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 .....ap .....

Legitimă cu B.I.

C.I.

C.I.P.

Pașaport

Seria

....

Numărul .....

Pensionar

Salariat

Loc de muncă .....

de profesie .....

educațional .....

având

nivelul

Fără studii

școala primară

gimnaziu

liceu

facultate

studii post-universitare

Grav (1)

Conform certificatului nr. .... din data .....

Încadrat în gradul

Accentuat (2)

Mediu (3)

emis de

Comisia pentru Protecția Copilului

omisia de Evaluare pentru Persoane cu Handicap  
AdulțiComisia 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

OPTEZ PENTRU

Asistent personal

Prelungirea plății

doar pentru persoanele încadrate în gradul Grav cu  
asistent personalIndemnizație însoțitor  
(opțional)

Sistarea plății cu data

Motiv

Doresc ca plata drepturilor să se realizeze  
prin

Oficiu Poștal nr.

Banca (denumirea)

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

URBAN/STB

INTERURBAN

\*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.

\*\*Declar că nu beneficiaz de permise/legitimății de călătorie gratuită pentru transportul urban în baza altor legi.

Semnătura,

Pot fi contactat/ă telefon

Persoană de contact telef.

DATA