

Domnule Primar,

Subsemnatul(a) _____
domiciliat(ă) în Marghita , str. _____ nr. _____
bl. _____ sc. _____ et. _____ ap. _____ , telefon _____ vă rog
a-mi aproba cererea de angajare ca **asistent personal** începând cu
data de _____ pentru persoana cu
handicap _____ domiciliată în Marghita,
Str: _____ ,nr. _____ , bl. _____ ,ap. _____
telefon _____ încadrat în grad de handicap grav conform
Certificatului nr. _____ din _____ eliberat de Comisia de
expertiză medicală/Comisia de evaluare complexă Bihor.

Date identificare asistent personal

Data nașterii _____ , locul _____
Fiul/fiica lui _____ și al _____
CNP _____
Starea Civilă _____ ,
Cetățenie _____ , Naționalitate _____
Etnie _____
Nivel educațional _____
Instruit Da/Nu
Grad de rudenie cu persoana asistată _____

Data _____

Semnătura: _____

Domnului Primar al municipiului Marghita

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a) _____

domiciliat(ă) în Marghita , str. _____ nr. _____

bl. _____ sc. _____ et. _____ ap. _____, **asistent personal** pentru

persoana cu handicap _____ domiciliată în

Marghita, Str: _____ nr. _____ bl. _____ sc. _____ et. _____ ap. _____, cu Certificatul

nr: _____ / _____ eliberat de Comisia de expertiză medicală/Comisia de

evaluare complexă Bihor, declar pe propria răspundere că voi :

a) participa, o dată la 2 ani, la instruirea organizată de angajator;

b) semna un angajament, ca act adițional la contractul individual de muncă, prin care îmi asum răspunderea de a realiza integral planul de recuperare pentru copilul cu handicap grav, respectiv planul individual de servicii al persoanei adulte cu handicap grav;

c) presta pentru persoana cu handicap grav toate activitățile și serviciile prevăzute în contractul individual de muncă, în fișa postului și în planul de recuperare pentru copilul cu handicap grav, respectiv în planul individual de servicii al persoanei adulte cu handicap grav;

d) trata cu respect, bună-credință și înțelegere persoana cu handicap grav și să nu abuzez fizic, psihic sau moral de starea acesteia;

e) comunica direcțiilor generale de asistență socială și protecția copilului județene, respectiv locale ale sectoarelor municipiului București, în termen de 48 de ore de la luarea la cunoștință, orice modificare survenită în starea fizică, psihică sau socială a persoanei cu handicap grav și alte situații de natură să modifice acordarea drepturilor prevăzute de lege.

f) comunica autorității publice locale orice deplasare în afara localității împreună cu persoana cu handicap grav (control medical, tratament, internare în spital, etc)

Semnătura _____

ANGAJAMENT

Subsemnatul(a) _____

domiciliat(ă) în Marghita , str. _____ nr. _____

bl. _____ sc. _____ et. _____ ap. _____, **însoțitor** pentru persoana cu handicap _____ domiciliată în Marghita,

Str: _____ nr. _____ bl.sc. _____ et. _____ ap. _____, cu

Certificatul nr: _____ / _____ eliberat de Comisia de expertiză medicală/Comisia de evaluare complexă Bihor, declar pe propria răspundere că voi

a) presta pentru persoana cu handicap grav toate activitățile și serviciile prevăzute în planul de recuperare pentru copilul cu handicap grav, respectiv în planul individual de servicii al persoanei adulte cu handicap grav;

b) trata cu respect, bună-credință și înțelegere persoana cu handicap grav și să nu abuzez fizic, psihic sau moral de starea acesteia;

c) comunica direcțiilor generale de asistență socială și protecția copilului județene, respectiv autorității publice locale , în termen de 48 de ore de la luarea la cunoștință, orice modificare survenită în starea fizică, psihică sau socială a persoanei cu handicap grav și alte situații de natură să modifice acordarea drepturilor prevăzute de lege.

d) comunica autorității publice locale orice deplasare în afara localității împreună cu persoana cu handicap grav (control medical, tratament, internare în spital, etc)

Data: _____

Semnătura _____

ANGAJAMENT

Subsemnatul(a) _____
domiciliat(ă) în Marghita , str. _____ nr. _____
bl. _____ sc. _____ et. _____ ap. _____, persoana cu handicap grav, conform
Certificatul nr: _____/ _____ eliberat de Comisia de expertiză
medicală/Comisia de evaluare complexă Bihor, beneficiar de indemnizație lunară
pentru persoanele cu handicap declar pe propria răspundere că voi :

- comunica direcțiilor generale de asistență socială și protecția copilului
județene, respectiv autorității publice locale , în termen de 48 de ore de la
luarea la cunoștință, orice modificare survenită în starea fizică, psihică sau
socială a persoanei cu handicap grav și alte situații de natură să modifice
acordarea drepturilor prevăzute de lege.

Data: _____

Semnătura _____

Luat la cunoștință aparținător legal:
