

FORMULAR H3

acest formular trebuie însoțit de documentele menționate pe verso

NR. ÎNREGISTRARE S.P.S.P.H. /

DOMNULE DIRECTOR

Subsemnatul/a (numele și prenumele)

reprezentant al copilului 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

Conform certificatului nr. din data

Încadrat în gradul

emis de Comisia pentru Protecția Copilului

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

Acordarea

indemnizației lunare de hrană prevăzute de Legea nr.10/2003 și de H.G.R. nr.117/2003, indexată prin H.G.R. nr.429/2008

Sistarea

Declar pe proprie răspundere că indemnizația lunară de hrană o voi utiliza exclusiv pentru procurarea alimentelor corespunzătoare care să asigure eficiența tratamentului pe care copilul îl urmează.

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.

*** Sunt de acord ca datele mele cu caracter personal să fie prelucrate de DGASPC S4, în conformitate cu prevederile Regulamentului European nr.679/2016, Cod Înregistrare nr.6316/2007, în vederea soluționării cererii.

Semnătura

Pot fi contactat/ă la telefon

Data

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.