

DOAMNULE DIRECTOR ,

Subsemnatul(a) _____, domiciliat(ă) în localitatea Filiasi, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, jud. Dolj, posesor al B.I./C.I. seria _____, nr. _____ eliberat la data de _____ de către _____ solicit să fiu încadrat cu contract individual de muncă, în funcția de asistent personal, conform Legii nr. 448/2006 republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru a acorda îngrijire și supraveghere dlui./dnei. _____ cu domiciliul în orasul Filiasi, str. _____, nr. _____, Bl _____, sc _____, ap _____, persoană cu handicap conform certificatului nr. _____ din data de _____ emis de _____.

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate conform Regulamentului European nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

Telefon de contact: _____

Data _____

Semnătura _____

Anexez la prezenta cerere următoarele documente:

- Acordul Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului Dolj, exprimat în scris, referitor la opțiunea părinților sau reprezentanților legali ai copilului cu handicap grav, adulților cu handicap grav ori reprezentanților legali ai acestora, în original ;
- Actul de identitate si de stare civila (copie și original)
- ; – Actele de studii(copie și original);
- Cazier judiciar (original);
- Adeverința medicală eliberată de medicul de familie sau de alta unitate sanitara autorizata care atestă starea de sanatate corespunzătoare pentru a îngriji persoana cu handicap grav (original);
- Fișa medicală care atestă starea de sănătate (original);
- Acordul persoanei cu handicap sau, dupa caz, al reprezentantului legal al acesteia ori al familiei, exprimat in scris pentru angajarea asistentului personal;
- Carnet de muncă sau în cazul persoanei care nu a mai lucrat se va prezenta o declarație notarială în care să se specifice această situație (copie și original);
- Extras de cont bancă: B.R.D., B.C.R., TRANSILVANIA, TIRIAC BANK, C.E.C., RAIFFEISEN, BANCPOST, ING.(copie și original);
- CURRICULUM VITAE (C.V.);
- Adeverință de vechime cu perioada lucrată (copie și original);
- Actul de identitate si de stare civila ale persoanei cu handicap grav, după caz (copie și original); – -----
- Certificat, Hotărâre de incadrare in grad de handicap grav - cu asistent personal și Planul de abilitare-reabilitare a copilului cu dizabilități/Planul de abilitare-reabilitare și de tranziție a copilului cu dizabilități la viața de adult/Planul de abilitare-reabilitare și de paliatie a copilului cu dizabilități, respectiv Programul individual de reabilitare și integrare socială a persoanei adulte cu handicap, după caz (copie și original);
- Decizie și cupon pensie al persoanei cu handicap grav (copie și original).

DOAMNULUI DIRECTOR AL DIRECTIEI DE ASISTENTA SOCIALA FILIASI

Azi:

Dat în fața noastră

ANGAJAMENT

Subsemnata _____ domiciliat în orașul Făliași,
Satul _____, str. _____, nr. _____, bL. _____, sc _____,
ap. _____, județul Dolj, posesor al C.I seria _____ nr. _____ eliberat la data de
_____ către SPCLEP Făliași.

Declar pe propria-mi răspundere că mă angajez să anunț Direcția de Asistență Socială Făliași, cu sediul în Făliași b-dul Racoțeanu nr. 160 în termen de 10(zece) zile de la apariție. orice modificare precum și orice altă situație de natură să împiedice realizarea obligațiilor față de persoana aflată în îngrijire, supraveghere și ajutor permanent și să respect obligațiile prevăzute de art. 38 din Legea nr. 448/2006 - republicată, cu modificările și completările ulterioare.

Prezentul angajament constituie titlu executoriu pentru recuperarea eventualelor sume primite necuvenit.

Semnătura

DOAMNULE DIRECTOR EXECUTIV,

Subsemnatul/a _____, CNP
_____, BI/CI seria __, nr. _____, cu domiciliul în Filiasi, str. _____, nr,
_____, bl. _____, sc. __, et. __, ap. __, angajat/ă în funcția de asistent personal la persoana cu handicap grav
_____, vă rog să-mi aprobați eliberarea unei adeverințe de salariat.

Menționez că aceasta îmi este necesară la _____.

Telefon de contact _____

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate conform
Regulamentului European nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea
datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

Data,

Semnătura,

DOAMNULUI DIRECTOR AL DIRECTIEI DE ASISTENTA SOCIALA FILIASI

Domnule Director ,

Subsemnatul/a _____, CNP
_____, BI/CI seria ___, nr. _____, cu domiciliul în Filiasi , str. _____, nr,
_____, bl. _____, sc. ___, et. ___, ap. _____, fost angajat/ă în funcția de asistent personal la persoana cu handicap
grav _____, vă rog să-mi aprobați eliberarea unei adeverințe.
Menționez că aceasta îmi este necesară la _____.
Telefon de contact _____

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate conform Regulamentului European nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

Data

Semnătura

DOAMNULUI DIRECTOR AL DIRECTIEI DE ASISTENTA SOCIALĂ FILIASI

DOAMNULE DIRECTOR ,

Subsemnatul/a _____, CNP _____,
BI/CI Seria _____ Nr. _____, cu domiciliul în Filiasi, str. _____, nr. _____, bl. _____,
sc. _____, et. _____, ap. _____, în calitate de _____ al/a asistentului
personal _____, solicit încetarea activității începând cu data
de _____ urmare decesului acestuia.

Anexez în copie următoarele acte:

- _____
- _____
- _____.

Telefon de contact _____

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate conform
Regulamentului European nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea
datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date.

Data,

Semnătura,

DOAMNULUI DIRECTOR AL DIRECTIEI DE ASISTENTA SOCIALA FILIASI

CONSILIUL LOCAL FILIASI

DIRECTIA DE ASISTENTA SOCIALA FILIASI

CERERE

Subsemnatul(a) _____
_____, CNP _____, domiciliat(ă) în Filiași, str. _____,
nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, tel. _____, solicit prin
prezenta efectuarea anchetei sociale necesară completării documentației pentru a fi încadrat(ă)
ca asistent personal pentru dl./ d-na _____,
persoană cu deficiențe grave, domiciliată în Filiași: str. _____,
nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, tel. _____ și
transmiterea acesteia împreună cu documentele anexate prezentei, către Serviciul Resurse
Umane pentru continuarea demersurilor de angajare:

1.Solicitant:

Carte de identitate (copie+original)

Certificatul de naștere (copie+original)

Acte privind starea civilă (copie+original)

Cazier judiciar (original)

Certificat/adeverință de integritate comportamentală Adeverință eliberată de medicul de
familie/altă unitate sanitară autorizată care să ateste starea de sănătate corespunzătoare
(original)

Acte de studii (copie+original) Acordul scris al persoanei cu deficiențe grave/reprezentantului
legal/familiei acestuia pentru angajarea solicitantului în calitate de asistent personal

Acordul D.G.A.S.P.C , exprimat în scris, referitor la opțiunea persoanei cu dizabilități/
reprezentantului legal (original)

Carnetul de muncă/ adeverințe care atestă vechimea în muncă (copie+original) .

2. Persoana cu deficiențe grave:

Carte de identitate (copie+original)

Certificatul de naștere (copie+original)- pentru copii sub 14 ani

Certificatul de încadrare în gradul grav de handicap + Anexă, după caz (copie+original)

Planul de abilitare-reabilitare al copilului cu dizabilități/ Plan individual de servicii al adultului cu dizabilități (copie+original)

Decizie de pensie + Cupon de pensie (după caz, copie+original)

Document prin care se face dovada reprezentării legale a persoanei cu dizabilități (după caz, copie+original).

Data:.....

Semnătura solicitantului:.....