

شماره:

تاریخ:

پیوست:

بسمه تعالی

فرم درخواست استفاده از ماده ۲۷ و ۲۸ قانون حمایت از حقوق معلولان در سال ۱۳۹۸

اینجانب/اینجانبه فرزند دارای شناسنامه شماره صادره از با کد ملی
..... که تحت عنوان پست سازمانی / عنوان شغل به صورت رسمی □ پیمانی □ قراردادی □
سایر □ در معاونت/بیمارستان/شبکه بهداشت و درمان اشتغال بکار دارم، بواسطه حائز شرایط بودن موارد پیش بینی
شده در ماده ۲۷ یا ۲۸ قانون حمایت از حقوق معلولان درخواست استفاده از مزایای پیش بینی شده بشرح ذیل را دارم، خواهشمند است دستور
فرمائید اقدام لازم برابر مقررات معمول گردد.

۱- بانوی کارمند دارای همسر یا فرزند معلول به شرط نگهداری فرد دارای معلولیت در منزل(با تأیید سازمان بهزیستی):

درخواست استفاده از کسر کاری بصورت یکی از موارد ذیل را با استفاده از حقوق و مزایای کامل بهره مند دارم

☐ بصورت سه روز در هفته

☐ نصف ساعات کاری روزانه

۲- کارمندان مرد دارای همسر معلول یا دارای فرزند معلول تحت سرپرستی و فاقد مادر به شرط نگهداری فرد دارای معلولیت در منزل(با تأیید سازمان
بهزیستی): درخواست استفاده از کسر کار **بمیزان یک چهارم ساعات کار هفتگی** بصورت یکی از موارد ذیل را با استفاده از حقوق و
مزایای کامل بهره مند دارم

☐ بصورت یک روز مرخصی روزانه (شیفتی) و مابقی بصورت مرخصی ساعتی در هفته

☐ مرخصی ساعتی (بمیزان یک چهارم ساعات کار هفتگی)

۳- شاغلین دارای معلولیت های شدید و خیلی شدید بمدت ده ساعت در هفته از کسر ساعت کاری مندرج در ماده ۲۸ آئین نامه مذکور استفاده نمایم.
(با تأیید سازمان بهزیستی):

درخواست استفاده از کسر کاری **بمیزان ده ساعت از ساعات کار هفتگی** بصورت یکی از موارد ذیل را با استفاده از حقوق و مزایای کامل
بهره مند دارم

☐ بصورت یک روز مرخصی روزانه (شیفتی) و مابقی بصورت مرخصی ساعتی در هفته

☐ مرخصی ساعتی (بمیزان ده ساعت از ساعات کار هفتگی)

نام و نام خانوادگی متعهد

امضاء و اثر انگشت

با توجه به مستندات ارائه شده(پیوستی) نامبرده واجد شرایط استفاده از مزایای کاهش ساعت کاری پیش بینی شده در قانون مذکور
بشرح جدول مذکور می باشند.

مدیر مرکز

مسئول بخش/واحد

مسئول کارگزینی