

FORMULAR H9

acest formular trebuie însoțit de documentele menționate pe verso

NR. ÎNREGISTRARE S.P.S.P.H. /

DOMNULE DIRECTOR

Subsemnatul/a (numele și prenumele)

în calitate de Asistent Personal al persoanei cu dizabilități

domiciliat/ă
în

Județ/sector

Oras(comună)

strada

numărul

bloc

scara

etaj

ap.

Legitimă cu

Seria

Numărul

vă informez că, începând cu data de, voi efectua concediul de odihnă și, în conformitate cu art. 37, alin 3, din Legea 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată și modificată, vă rog să acordați prestația socială convenită persoanei cu dizabilități.

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.

Semnătura

Pot fi contactat/ă la telefon

Data

Se completează doar de angajații Serviciului Resurse Umane și Formare Profesională

Mențiuni

Semnatarul(a) solicitării figurează în evidența D.G.A.S.P.C. sector 4 angajat(ă) în funcția de asistent personal

DA

NU

Semnătura

Se completează doar de angajații Serviciului Prestații Sociale pentru Persoane cu Handicap		
Mențiuni		
Procesat	Nume Funcționar	Semnătura

-Copie act de identitate Asistent Personal

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.