

FORMULAR H 9 acest formular trebuie însoțit de documentele menționate pe verso	NR. ÎNREGISTRARE S.P.S.P.H. /
---	------------------------------------

CNP.....

Subsemnatul/a(numele și prenumele)..... angajat ca

Asistent Personal al persoanei cu dizabilități

domiciliat/ă în Județ/Sector Oraș(comună).....

Strada.....nr.....bl.....scara.....etaj.....ap.....

Legitimat cu BI ☐ CI ☐ Seria..... Nr.....

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 cuvenită 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

Semnătură,

Pot fi contactat/ă la telefon
Persoană de contact telefon

Data