

**ACTE NECESARE PENTRU INTOCMIREA UNUI
DOSAR DE PERSOANA CU HANDICAP- CAZ NOU**

1. Dosar carton cu şină
 2. Cerere (*formular- tip*) completata si semnata-ORIGINAL
 3. Copie act de identitate- **2** exemplare pentru BENEFICIAR
 1 exemplar pentru DEPONENT
 4. Ancheta sociala de la primaria de domiciliu (menționarea domiciliului real: Oras/ Sat; Comuna/ Primarie; Strada; Nr. Strada; Bloc; Etaj; Apartament)- ORIGINAL
 5. Scrisoare medicala- (medicul de familie) (*formular- tip*)ORIGINAL
 6. Copie fisa personala de consultatii (medic de familie sau medic specialist) **Pe prima pagina a Fișei, medicul va face mențiunea “Conform cu originalul” și va pune parafă.**
 7. Referat medic specialist (*formular -tip*)ORIGINAL- **În funcție de diagnostic se vor solicita parametrii funcționali stabiliți de legislația în vigoare**
 8. Acte medicale vechi privind debutul handicapului (copii) sau alte investigații paraclinice(bilete de iesire din spital; analize, radiografii)
 9. Copie livret militar pentru persoanele declarate INAPT SERVICIUL MILITAR
 10. Documente privind venitul (după caz, în funcție de statutul social)
 - a) Adeverință din care să rezulte calitatea de salariat, în cazul salariaților; (data angajarii, perioada , functia, salariul net)sau
 - b) Copie deciziei de pensionare invaliditate(Casa de Pensii) + Decizia medicală cu gradul de invaliditate-ultima, eliberată de Comisia de Expertiză a Capacității de Muncă + talon(original și copie)sau
 - c) Decizie pensie de urmaș + talon(original și copie) sau
 - d) Decizie pensie limita de varsta + talon(original și copie) sau
 - e) Adeverință ANAF pentru persoana fără venit- Original
- *Îndosarierea va fi făcută în ordinea stabilită pe bilet**
- *Se pot solicita oricând acte suplimentare, de la depunerea dosarului și până la eliberarea Certificatului de încadrare in grad de handicap**
-
-
-
-
-
-
-

NR.

/

CERERE-TIP de evaluare complexă

Date Deponent

Subsemnatul/a , domiciliat(ă) în , str., nr., bl., sc., et., ap., județul Argeș, telefon , actul de identitate seria nr., CNP , solicit evaluarea în vederea re/încadrării în grad de handicap, în calitate de pentru:

Date Beneficiar

..... , domiciliat(ă) în , str., nr., bl., sc., et., ap., județul Argeș, telefon , act de identitate seria nr., CNP

Anexez la prezenta cerere următoarele documente:

copie act de identitate;
copie ultimul certificat de încadrare în grad de handicap (pentru reevaluare);
referat medic specialist-FORMULAR TIPIZAT - ÎN ORIGINAL;
examinări psihologice (dacă este cazul) - ÎN ORIGINAL;
scrisoare medicală de la Medicul de Familie FORMULAR TIPIZAT - ÎN ORIGINAL;
anchetă socială eliberată de la primăria de domiciliu a persoanei evaluate - ÎN ORIGINAL;
dovadă venit (adeverință salariat/talon pensie/adeverință de venit);
copie decizie de pensionare (limită de vârstă/urmaș/invaliditate+decizie medicală);
fișă de consultăție de la medicul de familie (pentru cazurile noi);
documente medicale specifice afecțiunii (pentru cazurile noi cât și pentru reevaluare-copie);
documente medicale care atestă debutul bolii (pentru cazurile noi);
copie livret militar.

Mențiuni:

DATA

SEMNAȚURA

Am fost informat/ă că prelucrarea datelor mele cu caracter personal este necesară în vederea îndeplinirii obligațiilor legale ce îi revin operatorului precum și în scopul intereselor și îndeplinirii drepturilor ce îmi revin, iar acestea sunt comunicate doar autorităților publice și altor instituții abilitate în conformitate cu prevăderile Regulamentului Uniunii Europene nr. 679/2016.

Am luat la cunoștință că refuzul de a oferi datele personale, necesare pentru accesarea serviciilor sociale sau acordarea drepturilor prevăzute în Legea nr. 448/2006, determină imposibilitatea acordării acestora, conform obligațiilor legale care îi revin operatorului (Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Argeș).

Declar că **Sunt / Nu sunt** de acord ca datele mele cu caracter personal, să fie stocate, prelucrate și utilizate de către D.G.A.S.P.C. Argeș, în condițiile legii.

NUME

PRENUME

DATA

SEMNAȚURA

C.M.I.

Nr./data

SCRISOARE MEDICALĂ

(Medic de familie)

Nume și prenume , vârsta
CNP

1. Anamneza

- antecedente personale patologice
-
.....
.....

2. Diagnosticul medical

- principal
-
.....
.....

- altele
-
.....
.....

3. Certificatele medicale actuale (se specifică numărul, data, instituția emitentă și numele medicului care a eliberat certificatul)

.....
.....
.....

4. Internări în spital (data, instituția emitentă și diagnosticul la ieșirea din spital)

.....
.....

5. Persoana - este / nu este deplasabilă.

Semnătura și parafa medicului de familie

.....

Formularul este destinat utilizarii în cadrul unităților de sănătate publică și privată.

NR. /

JUDEȚUL

LOCALITATEA

UNITATEA SANITARĂ

Numarul de identificare în sistemul de informații

REFERAT MEDIC SPECIALIST

Privind situația pacientului posesor al
B.I./C.I. seria /, CNP, cu domiciliul în
localitatea str./sat bl. sc. ap.
..... Fișa de dispensarizare data întocmirii

Antecedente privind afecțiunea

.....
.....
.....

Debutul și evoluția bolii

.....
.....
.....

Ultime internări în spital

.....
.....
.....

Diagnostic clinic

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Tratament clinic (simptomatic, curativ)

Dependent sau parțial dependent de altă persoană

Deplasabilită (singur, cu ajutor uni/bi lateral, fotoliu rulant, baston, cadru etc.) sau nedeplasabilită

Plan de recuperare

Prognostic recuperator

S-a eliberat spre a-i servi la

Serviciul de Evaluare Complexă a Persoanelor Adulți cu Handicap-D.G.A.S.P.C.-Argeș

Semnătura și parafa medicului specialist