

**ACTE NECESARE PENTRU ÎNTOCMIREA DOSAR ULUI
DE PERSOANĂ CU DIZABILITĂȚI- CAZ NOU**

1. Dosar carton cu șina
2. Cerere (*formular- tip*) completată și semnată-ORIGINAL
3. Copie act de identitate- 2 exemplare pentru BENEFICIAR
1 exemplar pentru DEPONENT
4. Ancheta socială întocmită la primăria de domiciliu- ORIGINAL
5. Scrisoare Medicală- eliberată de medicul de familie- ORIGINAL- (*formular- tip*)
6. Referat medic specialist (*formular- tip*) ORIGINAL- în funcție de diagnostic se vor solicita parametrii funcționali stabiliți de legislația în vigoare (ORDINUL MINISTRULUI MUNCII, FAMILIEI, TINERETULUI SI SOLIDARITATII SOCIALE SI A MINISTERULUI SANATATII NR.2300/1457/2025 PENTRU APROBAREA CRITERIILOR MEDICO-PSIHO-SOCIALE PE BAZA CARORA SE STABILESTE INCADRAREA IN GRAD DE HANDICAP)
7. Acte medicale privind dizabilitatea- ORIGINAL- sau alte investigații paraclinice- CT, RMN, RX, analize etc.
8. Documente privind statutul social:
 - a) SALARIAT- adeverință din care să rezulte data angajării, perioada contractuală, funcția, venitul net
 - b) PENSIE INVALIDITATE-decizia medicală eliberată de Comisia de Expertiză asupra capacității de muncă+decizie Casa de Pensii+cupon original și copie(Copie)
 - c) PENSIE DE URMAȘ- decizie pensie urmaș(copie)+ talon original și copie
 - d) PENSIE LIMITĂ DE VÂRSTĂ-decizie pensionare(copie)+cupon original și copie
 - e) PERSOANELE FĂRĂ VENIT- adeverință A.N.A.F.- original

*Îndosărierea se va realiza în ordinea prezentei liste

*Conform prevederilor art.7, alin.3 din Ordinul 2298/2012 "SECPAH poate solicita completarea dosarului cu rezultate ale investigațiilor paraclinice necesare întocmirii raportului de evaluare complexă, atât în faza de analiză a dosarului, cât și în cea de evaluare propriu-zisă"

*În situația neprezentării documentației solicitate în termen de 30 zile de la înștiințare, dosarul de evaluare se va clasifica.

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 salarial/talon pensie/adeverință de venit);
	copie decizie de pensionare (limită de vârstă/urmaș/invaliditate+decizie medicală);
	fișa de consultație 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

SEMNĂTURA

Am fost informat/ă că prelucrarea datelor mele cu caracter personal este necesară în vederea îndeplinirii obligațiilor legale ce îmi 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 prevederile 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 îmi 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

SEMNĂTURA

C.M.I.

Nr. / data

SCRISOARE MEDICALĂ

(Medic de familie)

Nume și prenume, vârstă
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

.....

.....

LOCALITATEA

UNITATEA SANITARĂ

REFERAT MEDIC SPECIALIST

Privind situația pacientului posesor al
B.I./C.I. seria /, CNP, cu domiciliu 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

.....

.....

Deplasabilă (singur, cu ajutor uni/bi lateral, fotoliu rulant, baston, cadru etc.) **sau nedeplasabilă**

.....

.....

Plan de recuperare

.....

.....

.....

.....

Prognostic recuperator

.....

.....

.....

S-a eliberat spre a-i servi la

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

Semnătura și parafa medicului specialist

.....

.....