

DOCUMENTELE MENTIONATE ÎN ANEXA CERTIFICATULUI DETINUT ANTERIOR

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

[illegible]

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);
	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

.....

LOCALITATEA

UNITATEA SANITARA

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

.....

.....

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

.....

.....

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

.....

.....