

**ACTE NECESARE PENTRU
REVIZUIREA
UNUI CERTIFICAT DE PERSOANA CU HANDICAP**

1. Cerere (*formular- tip*) completata si semnata-ORIGINAL.
2. Copie ultimul certificat de încadrare în grad de handicap+ ANEXA
3. Copie act de identitate- 2 exemplare (beneficiar) :
Copie act de identitate- (deponent)
4. Ancheta sociala de la primaria de domiciliu(mentionarea domiciliului real: Oras/ Sat;
Comuna/ Primarie; Strada; Nr. Strada; Bloc; Etaj; Apartament)- ORIGINAL
5. Serisoare medicala (medicul de familie) (*formular tip*) - ORIGINAL
6. Referat medic specialist (*formular tip*) -ORIGINAL
7. Acte medicale privind handicapul (copii): a) Bilete de iesire din spital;
b) Analize;
c) Radiografii;
- 9 * Adeverință din care să rezulte calitatea de salariat, în cazul salariaților: (**data angajarii, perioada , functia și venitul net**)
* Copie deciziei de pensionare (urmas/ invaliditate + medicala cu gradul de invaliditate (ultima)/ limita de varsta) și, respectiv, **talon** de pensie- ultimul (ORIGINAL + COPIE);
* Adeverință conform căreia persoana nu are niciun venit, în cazul persoanelor fără venituri - **ANAF**.

****Se pot solicita oricând acte suplimentare, de la depunerea dosarului și până la eliberarea Certificatului de încadrare în 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);
	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, 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

.....

NR. /

JUDEȚUL

LOCALITATEA

UNITATEA SANITARĂ

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 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

.....

.....