

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

Subsemnatul/ă _____ domiciliat/ă în _____
_____, strada _____, nr. _____,
bl. _____, sc. _____, ap. _____ C.N.P. _____, act de identitate B.I./C.I. seria _____ nr. _____, telefon _____, în calitate de _____,
solicite:

Evaluarea (cerere inițială)

Reevaluarea (cerere agravare sau redeschidere dosar)

Revizuirea (evaluarea la termenul specificat în certificat)

în vederea încadrării într-un grad de handicap al domnului/ doamnei _____
cu domiciliul în _____, strada _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____,
ap. _____, act de identitate B.I./C.I. seria _____ nr. _____, C.N.P. _____, telefon _____,
în cadrul Serviciului de Evaluare Complexă a Persoanelor Adulte cu Handicap

Solicit evaluarea la domiciliu

Data _____

Semnătura _____

Anexez la prezenta cerere următoarele documente:

1. Copie de pe documentul de identitate al persoanei care depune cererea
2. Copie de pe documentul de identitate al persoanei bolnave
3. Documente medicale: Referat de la medicul specialist (original)
 Scrisoare medicală tip de la medicul de familie (original)
 Alte documente medicale în funcție de afecțiune (bilete de externare
 din spital, rezultate investigații paraclinice, documente referitoare la
 debutul bolii, etc.)
4. Ancheta socială tip de la serviciul de asistență socială al primăriei de domiciliu
5. Adeverință de venit (dacă nu aveți nici un venit)
6. Copie de pe decizia de pensionare limită de vârstă (dacă sunteți pensionat la limită de vârstă)
7. Copie de pe decizia medicală și administrativă de pensionare (dacă sunteți pensionat medical)
8. Adeverință de salariat (dacă sunteți salariat)
9. Cupon de pensie
10. Dosar cu șină din carton