

Persoane adulte cu handicap

A01.Cerere-tip evaluare

A01.Cerere-tip evaluare A02.Cerere-tip evaluare nedeplasab

A02.Referat medical incadrare adulti grad de hand

A03.Scrisoare medicala incadrare adulti grad hand



Directia Generala de Asistenta Sociala si Protectia Copilului Bihor
Oradea, str. Feldioarei, nr.13. Tel: 0259476371 / 0259476372, int. 158

Orar: Luni, Marti, Miercuri, Joi intre orele 8.30 – 14.00

Nr.....din.....

Catre,

Serviciul de evaluare complexa a persoanelor adulte cu handicap

Subsemnatul/a.....domiciliat/a in loc
.....str./sat.....

nr.....bl.....sc.....et.....ap.....
judet.....telefon.....act de
identitate.....seria.....nr.....CNP.....

solicit evaluarea/reevaluare in cadrul Serviciului de evaluare complexa a persoanelor cu
handicap pentru adulti, in vederea incadrarii intr-un grad de handicap.

Dosarul este depus de _____ CNP _____ in calitate
de (in raport cu persoana evaluata) _____ .

Am luat la cunostinta ca informatiile din prezentul in scris si din anexele acestuia, vor fi prelucrate de DGASPC
Bihor, in conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) 2016/679, privind protectia persoanelor fizice in ceea ce
priveste prelucrarea datelor cu caracter personal, si libera circulatie a acestor date.

Data.....

Semnatura.....

Anexez la prezenta cerere urmatoarele documente:

- copie B.I./C.I./C.P. (2 copii)
- documente medicale: - referat de stare prezentă de la medicul specialist (original);
 - scrisoare medicală-tip de la medicul de familie (original);
 - examinări paraclinice, în funcție de afecțiunea invalidantă (copie);
 - bilete ieșire din spital pentru afecțiunea invalidantă (copie);
- acte care dovedesc venitul, după caz:
 - adeverință din care să rezulte calitatea de salariat (în cazul persoanelor încadrate în muncă), copie a deciziei medicale asupra capacității de muncă (în cazul pensionarilor pe caz de boală), copie a deciziei privind acordarea pensiei de urmaș (unde este cazul), copie ultimul cupon de pensie, adeverință conform căreia persoana nu are nici un venit (în cazul persoanelor fără venituri), copie cupon indemnizație șomaj/adeverință AJOFM, copie cupon alte indemnizații (legi speciale),
- adeverință de școlarizare (în original, pentru cei care urmează o formă de învățământ);
- ancheta socială de la serviciul social al primăriei de domiciliu (original);
- certificat anterior de încadrare in grad și tip de handicap (în copie, în cazul reevaluărilor);
- dosar cu șină.

UNITATEA MEDICALA _____
NR INREGISTRARE _____

DATA: _____

**REFERAT DE SPECIALITATE PENTRU INCADRARE IN
GRAD DE HANDICAP**

NUME
PRENUME
VARSTA
DOMICILIUL
ANTECEDENTE PERSONALE
ANTECEDENTE HEREDO-COLATERALE
STAREA ACTUALA
DIAGNOSTIC CLINIC

AFECTIUNI ASOCIATE
DATA DEBUTULUI AFECTIUNII
INTERNARI IN SPITAL
TRATAMENTE URMATE
PLAN DE RECUPERARE

DATA:

MEDIC SPECIALIST

SCRISOARE MEDICALA

Nume.....prenume.....
CNP.....varsta.....

1. Anamneza
 - a. Antecedente personale patologice

.....
.....

2. Diagnosticul medical
 - a. Principal

.....
.....

- b. Altele

.....
.....

3. Certificatele medicale actuale (se specifica nr., data, institutia emitenta si numele medicului care a eliberat certificatul)

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

4. Internari in spital (data, institutia emitenta si diagnosticul la iesirea din spital)

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

5. Persoana - deplasabila
- nedeplasabila

6. Rezultatul tratamentelor urmate (per ansamblu)

.....
.....

In cazul absentei oricarui tratament, enumerati motivele pe care le invoca familia:

.....
.....

7. Stadiul actual al bolii (inconjurati etapa care se potriveste): de debut, de stare evolutiv sau stabilizat, terminal.

.....
.....

Data completarii:.....

Numar inregistrare.....

Semnatura si parafa medicului de familie.....