**ADMITEREA PERSOANELOR IN CENTRE PUBLICE DE ZI**

**CADRU LEGAL**

Legea nr.448/2006, republicata privind protectia si promovarea drepturilor persoanelor cu handicap

Hotărârea Guvernului României nr.430/2008 pentru aprobarea Metodologiei privind organizarea si functionarea comisiei de evaluare a persoanelor adulte cu handicap

 **COMPETENTA**

Compartimentul Monitorizare Asistenţi Personali, indemnizanţi şi evaluare persoane cu handicap

de contact ,

**PROCEDURA**

În vederea admiterii în centre **publice** de zi, (SUBUNITATI DGASPC B-N),persoana cu handicap cu domiciliul sau reşedinţa in municipiul Bistrita ori reprezentantul legal al acesteia va depune şi va înregistra **o cerere** în acest sens, la Directia de Asistenta Sociala Bistrita, însoţită de următoarele documente:

 -copie de pe actele de identitate;

 **-copie certificat încadrare în grad de handicap, inclusiv Programul individual de reabilitare si integrare sociala/** acte medicale

 -adeverinţă de venit/cupon pensie

**cerere**

**Către**

**DIRECŢIA DE ASISTENŢĂ SOCIALĂ BISTRIŢA**

**Compartimentul Monitorizare Asistenţi Personali,**

**indemnizanţi şi evaluare persoane cu handicap**

Subsemnatul beneficiar (a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliat(ă) în Bistriţa, cartier \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, str.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr.\_\_\_\_\_, sc.\_\_\_\_\_, ap.\_\_\_\_\_, nr telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 Solicit efectuarea unui **RAPORT DE ANCHETA SOCIALA** necesar completării dosarului personal, pentru admiterea la **CENTRU DE SERVICII DE RECUPERARE NEUROMOTORIE DE TIP AMBULATORIU** din subordinea DGASPC BISTRITA NASAUD.

 Prezenta cerere s-a intocmit de catre (apartinatori, reprezentant legal)

Nume \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nr de telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere /actele ataşate, vor fi prelucrate de DAS Bistrita cu respectarea prevederilor Regulamentului(UE) 2016/679  privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal, şi libera circulaţie a acestor date.

Prin prezenta sunt de acord ca datele cu caracter personal sa fie prelucrate în scopul şi pentru îndeplinirea atribuţiilor legale ale instituției.

 **Anexez următoarele:**

 **-copie act identitate persoană evaluată**

 **-copie certificat încadrare în grad handicap emis anterior inclusiv Programul individual de reabilitare si integrare sociala/referat medical/scrisoare medicala**

***Telefon contact:***

**Data, Semnătura,**

 **beneficiar/solicitant**

DECLARAŢIE

Subsemnatul/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliat/a in municipiul Bistrita, strada\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr.\_\_, sc.\_\_, ap.\_\_ , in calitate de **reprezentant pentru numitul/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**declar ca mi-au fost aduse la cunostinţă serviciile sociale oferite de către autoritatea locală pentru persoana in cauză la domiciliu, dar nu solicit acest tip de servicii sociale pentru numitul/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

DATA SEMNATURA