**ADMITEREA PERSOANELOR IN CENTRE PRIVATE DE ZI SI CENTRE REZIDENTIALE PRIVATE**

**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 **private** rezidenţiale sau de zi, 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:

**- actele de identitate ale persoanei in cauză şi aparţinători;**

**-certificatul de naştere, de căsătorie**

**- certificatul de deces sot/sotie dupa caz;**

**-copie certificat încadrare în grad de handicap, inclusiv anexele;**

**ACTE MEDICALE:**

**-referat medical/scrisoare medicala/examen recent de la medicul specialist**

**-adeverinţă medic de familie care sa ateste ca nu sunt in evidenta cu boli infecto-contagioase, inclusiv HIV/sida si faptul ca bolnavii sunt nedeplasabili si necesita internare.**

**-adeverinţă de venit/ ultimul talon de pensie, / Adeverinţă de venit pentru beneficiar si aparţinător;**

**cerere**

**Către,**

**Direcţia de Asistenta Sociala Bistrita**

Subsemnatul/a, numele \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prenumele\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliat/a in localitatea\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ str.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_ bl. \_\_\_ sc. \_\_\_ ap \_\_ jud. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **în calitate de reprezentant (apartinatinator)pentru\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**domiciliat/a in localitatea\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ str.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr.\_\_, bl. \_\_ sc.\_\_\_ ap \_\_, jud. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, posesor al B.I/C.I seria\_\_\_nr\_\_\_\_\_\_\_\_, eliberat de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_la data de\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prin prezenta rog a elibera **o dovada** conform art.19 lit.d din H.G 268/2007 precum si a efectua **o ancheta sociala**, acestea fiind necesare la completarea dosarului personal pentru admiterea intr/un centru rezidential din judetul Bistrita-Nasaud, respectiv\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

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.

Anexez prezentei copie xerox dupa urmatoarele documente:

**1.- actele de identitate ale persoanei in cauză şi aparţinători;**

**2.-certificatul de naştere, de căsătorie**

**3. certificatul de deces sot/sotie dupa caz;**

**4.-copie certificat încadrare în grad de handicap, inclusiv anexele;**

**5.ACTE MEDICALE:**

**-referat medical/scrisoare medicala/examen recent de la medicul specialist**

**-adeverinţă medic de familie care sa ateste ca nu sunt in evidenta cu boli infecto-contagioase, inclusiv HIV/sida si faptul ca bolnavii sunt nedeplasabili si necesita internare.**

**6.-adeverinţă de venit/ ultimul talon de pensie, / Adeverinţă de venit pentru beneficiar si aparţinător;**

DATA SEMNATURA

 Solicitant\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Reprezentant\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon contact\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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