

DGASPC BIHOR

Nr. înregistrare/dată

Cerere pentru evaluare complexă și încadrare a copilului cu dizabilități în grad de handicap/acces la servicii de abilitare și reabilitare

Doamnă/Domnule Director,

Subsemnatul(a),.....domiciliat(ă)în.....,
str..... nr....., bl....., sc....., et....., ap....., sectorul/județul,
telefonul....., legitimat(ă) cuseria.....nr....., în calitate de părinte/reprezentant legal al
copilului....., născut la data de.....,
CNP, solicit prin prezenta evaluarea complexă și

- încadrarea în grad de handicap a copilului meu sau
- acces la servicii de abilitare și reabilitare

Anexez următoarele documente (se bifează):

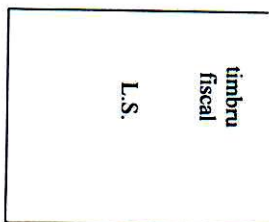
- o copie a actului de identitate al copilului (certificat de naștere/carte de identitate);
- copii ale actelor de identitate ale părinților/reprezentantului legal;
- o copie a documentului prin care se face dovada că persoana care depune cererea este reprezentantul legal al copilului (hotărâre a instanței/hotărâre a comisiei pentru protecția copilului);
- ancheta socială cu anexa factorii de mediu de la primărie;
- raportul de monitorizare de la primărie;
- fișa medicală sintetică de la medicul de familie sau medicul curant din unitatea specializată în îngrijiri paliative;
- certificatul medical tip A5 de la medicul de specialitate;
- copii ale documentelor medicale adiționale la certificatul medical de tip A5 (scrisoare medicală, bilete de externare, fișă de consultații – atunci când este cazul);
- fișa de evaluare psihologică de la psihologul atestat în psihologie clinică (atunci când este cazul);
- fișa psihopedagogică de la cadrul didactic din unitatea de învățământ;
- o copie a certificatului de încadrare în grad de handicap în vigoare (la reevaluare);
- o copie a certificatului de orientare școlară și profesională în vigoare (atunci când este cazul);
- alte documente în copie (se specifică).

„ Am luat la cunoștință că informațiile din prezentul înscris și din anexele acestuia vor fi prelucrate de DGASPC Bihor, în conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) 2016/679, privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date. „

Data

Semnătura

Județul.....
Localitatea.....
Unitatea sanitară.....



CERTIFICAT MEDICAL Nr.

anul.....luna.....ziua.....

În baza referatului Dr.
numele și prenumele

În calitate de

Se certifică de noi că.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codul numeric personal

numele și prenumele

în vârstă de ani, sexul M/F,

Domiciliat în: jud./sect. loc.

str. nr. cu

B.I./C.I. seria nr. având ocupația de:

la.....

Este suferind de:

.....

.....

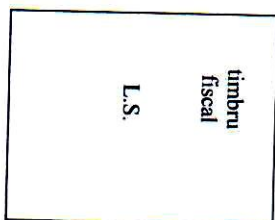
(câmp obligatoriu)

S-a eliberat prezentul spre a-i servi la:

L.S.

Medic director,

Județul.....
Localitatea.....
Unitatea sanitară.....



CERTIFICAT MEDICAL Nr.

anul.....luna.....ziua.....

În baza referatului Dr.
numele și prenumele

În calitate de

Se certifică de noi că.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codul numeric personal

numele și prenumele

în vârstă de ani, sexul M/F,

Domiciliat în: jud./sect. loc.

str. nr. cu

B.I./C.I. seria nr. având ocupația de:

la.....

Este suferind de:

.....

.....

(câmp obligatoriu)

S-a eliberat prezentul spre a-i servi la:

L.S.

Medic director,