

CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI ORSOVA

DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ



str. Portile de Fier nr.32, Orsova, jud. Mehedinti

tel. / fax. +40(252)360663

tel. +40(252) 362449

Doamna Director,

Subsemnatul (a) _____, cu domiciliul în municipiul Orsova, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, CNP _____, telefon _____ în calitate de :

- ☐ bolnav /persoană încadrată în grad de handicap
- ☐ membru din cadrul familiei
- ☐ reprezentant legal (curator, tutore)
- ☐ altă persoană.....

Vă rog să-mi aprobați efectuarea unei **anchete sociale**, fiindu-mi necesară în vederea completării dosarului pentru :

- ☐ **încadrarea** în grad de handicap
- ☐ **reevaluarea** certificatului de încadrare în grad de handicap
- ☐ **obținere rovinietă**
- ☐ **pensie invaliditate**

Pentru*

*se va completa dacă bolnavul/persoana cu handicap este alta decât persoana solicitanta

DI/Dna..... domiciliat/locuind în fapt în -
....., str....., nr....., bl....., sc....., ap.....,
telefon.....

Anexez la prezenta cerere următoarele **acte doveditoare (xerox)**:

- ☐ certificat încadrare grad handicap (inclusiv anexa);
- ☐ act medical din care să reiasă clar boala (referat medic specialist, scrisoare medic familie, bilet ieșire din spital);
- ☐ BI/CI pentru persoana bolnavă și persoanele care locuiesc cu aceasta;
- ☐ acte privind veniturile persoanei bolnave: cupon de pensie, adeverinta salariat, adeverință de la Finanțe pentru bolnavul care nu are venituri, alte documente care atesta venitul;
- ☐ hotărâre numire tutore (dacă este cazul));

DATA.....

SEMNATURA.....

Am luat la cunostinta ca informatiile din prezenta cerere vor fi prelucrate conform Regulamentului (UE) 2016/679 din 27 aprilie 2016 privind protectia persoanelor fizice in ceea ce priveste prelucrarea datelor cu caracter personal si privind libera circulatie a acestor date

Doamnei Director executiv al Directiei de Asistenta Sociala Orsova