

**ACTE NECESARE PENTRU INTOCMIREA UNUI
DOSAR DE PERSOANA CU HANDICAP**

1. Dosar cu sina -Carton
2. Cerere (*formular- tip*) completata si semnata-ORIGINAL.
3. Copie act de identitate- 2 exemplare (beneficiar) +
Copie act de identitate- (deponent)
4. Ancheta sociala de la primaria de domiciliu (**mentionarea domiciliului real:
Oras/ Sat; Comuna/ Primarie; Strada; Nr. Strada; Bloc; Etaj; Apartament**)-
ORIGINAL.
5. Serisoare medicala- (medicul de familie) (*formular- tip*) - ORIGINAL.
6. Referat medic specialist (*formular -tip*) -ORIGINAL.
7. Acte medicale privind handicapul (copii): bilete de iesire din spital; analize,
radiografii
- 8 * Adeverință din care să rezulte calitatea de salariat. în cazul
salariaților: (**data angajarii, perioada , functia, venituri**)
* Copie deciziei de pensionare (urmas/ **invaliditate + medicala cu gradul de
invaliditate (ultima)/ limita de varsta**) și, respectiv, **talon** de pensie- ultimul (
ORIGINAL + COPIE);
SAU Adeverință conform căreia persoana nu are niciun venit. în cazul persoanelor
fără venituri - ORIGINAL (ANAF)
9. Copie fișa personala de consultatii (medic de familie/ medic specialist)
10. Copie livret militar pentru persoanele declarate INAPT SERV. MILITAR

****Se pot solicita oricând acte suplimentare, de la depunerea
dosarului și până la eliberarea Certificatului de încadrare***

NR. _____ / _____

CERERE-TIP de evaluare complexă

Date Deponent

Subsemnatul/a, domiciliat(ă)
în, str., nr., bl., sc....., et., ap.,
județul Argeș, telefon, actul de identitate seria nr.,
CNP, solicit evaluarea în vederea re/încadrării în grad de handicap, în calitate de
..... pentru:

Date Beneficiar

..... domiciliat(ă) în,
str., nr., bl., sc., et., ap., județul Argeș,
telefon, act de identitate seria nr., CNP

Anexez la prezenta cerere următoarele documente:

copie act de identitate;
copie ultimul certificat de încadrare în grad de handicap (pentru reevaluare);
referat medic specialist-FORMULAR TIPIZAT - ÎN ORIGINAL;
examinări psihologice (dacă este cazul) - ÎN ORIGINAL;
scrisoare medicală de la Medicul de Familie FORMULAR TIPIZAT - ÎN ORIGINAL;
anchetă socială eliberată de la primăria de domiciliu a persoanei evaluate - ÎN ORIGINAL;
dovadă venit (adeverință salariat/talon pensie/adeverință de venit);
copie decizie de pensionare (limită de vârstă/urmaș/invaliditate+decizie medicală);
fîșa de consultație de la medicul de familie (pentru cazurile noi);
documente medicale specifice afecțiunii (pentru cazurile noi cât și pentru reevaluare-copie);
documente medicale care atestă debutul bolii (pentru cazurile noi);
copie livret militar.

Mențiuni:

DATA

SEMNĂTURA

C.M.I.

Nr./data

SCRISOARE MEDICALĂ

(Medic de familie)

Nume și prenume, **vârsta**
CNP,

1. Anamneza

- antecedente personale patologice

.....
.....

2. Diagnosticul medical

- principal

.....
.....

- altele

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

3. Certificatele medicale actuale (se specifică numărul, data, instituția emitentă și numele medicului care a eliberat certificatul)

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

4. Internări în spital (data, instituția emitentă și diagnosticul la ieșirea din spital)

.....
.....

5. Persoana - este / nu este deplasabilă.

Semnătura și parafa medicului de familie

.....

NR. /

JUDEȚUL

LOCALITATEA

UNITATEA SANITARĂ

REFERAT MEDIC SPECIALIST

Privind situația pacientului posesor al
B.I./C.I. seria /, CNP, cu domiciliul în
localitatea str./sat bl. sc. ap.
..... Fișa de dispensarizare data întocmirii

Antecedente privind afecțiunea

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

Debutul și evoluția bolii

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

Ultime internări în spital

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

Diagnostic clinic

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

Tratament clinic (simptomatic, curativ)

Dependent sau parțial dependent de altă persoană

Deplasabilă (singur, cu ajutor uni/bi lateral, fotoliu rulant, baston, cadru etc.) sau nedepasabilă

Plan de recuperare

Prognostic recuperator

S-a eliberat spre a-i servi la

Serviciul de Evaluare Complexă a Persoanelor Adulte cu Handicap-D.G.A.S.P.C.-Argeș

Semnătura și parafa medicului specialist

.....

.....