



SERVICIUL EVIDENTA PERSOANE CU DIZABILITATI

DOAMNĂ DIRECTOR,

Subsemnatul(a) _____, domiciliat(ă) în Brăila, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, județul Brăila, posesor(posesoare) al (a) buletinului/cărții de identitate seria _____, nr. _____, eliberat(ă) de _____, persoană cu dizabilități / în calitate de _____ a/al numitei/numitului _____, vă rog să aprobați **efectuarea unei anchete sociale** necesară în vederea evaluării complexe a acestuia/acesteia la Comisia de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap, conform modelului-cadru prevăzut în anexa nr.6 la H.G.R. nr.430/2008.

MENȚIONEZ URMĂTOARELE :

I. CERTIFICATUL DE ÎNCADRARE ÎN GRAD DE HANDICAP ARE VALABILITATE PÂNĂ LA DATA DE _____

II. BOLNAVUL/BOLNAVA ESTE ÎNCADRATĂ ÎN GRADUL DE HANDICAP :

- MEDIU
- ACCENTUAT
- GRAV
- GRAV CU ASISTENT PERSONAL
- NU ESTE ÎNCADRAT(Ă) ÎN GRAD DE HANDICAP

III. MENȚIONEZ CĂ BOLNAVUL/BOLNAVA BENEFICIAZĂ DE :

- ASISTENT PERSONAL
- INDEMNIZAȚIE ÎNSOȚITOR
- NICIUNA

- Sunt de acord cu efectuarea anchetei sociale prin apel video pe aplicația WhatsApp
- Nu sunt de acord cu efectuarea anchetei sociale prin apel video pe aplicația WhatsApp
- Nu utilizez aplicația WhatsApp

Declar că am fost informat cu privire la dreptul la imagine și respectarea vieții private, conform prevederilor art. 74 lit. c) din Legea nr. 287/2009 privind Codul civil.

Data

Nume și prenume, semnătura

Telefon contact: _____