



**RAPORT DE ACTIVITATE A SERVICIILOR ACORDATE DE ASISTENTUL PERSONAL  
AL PERSOANEI CU DIZABILITĂȚI ÎNCADRATĂ ÎN GRADUL GRAV  
LUNA \_\_\_\_\_ AN \_\_\_\_\_**

**I. PERSOANA CU HANDICAP**

**NUMELE ȘI PRENUMELE** \_\_\_\_\_

Domiciliul \_\_\_\_\_

vârsta \_\_\_\_\_ B.I./C.I./CIP seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ eliberat de \_\_\_\_\_

la data \_\_\_\_\_

Certificat de încadrare în grad de handicap nr. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Termen de valabilitate: \_\_\_\_\_

Serviciile de care beneficiază în prezent:

Servicii de îngrijire și asistență la domiciliu	
Servicii menajere și gospodărești	
Servicii de recuperare medicală și reabilitare	
Servicii de asistență socială	

**II. ASISTENT PERSONAL**

**NUMELE ȘI PRENUMELE** \_\_\_\_\_

Domiciliul: \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ B.I./C.I./C.I.P. / seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ eliberat de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ la data \_\_\_\_\_

Grad de rudenie cu persoana cu handicap \_\_\_\_\_

• Aree de activitate ale asistentului personal:

- Acordarea îngrijirii igienice
- Asigurarea alimentației și hrănirii
- Adaptarea mediului
- Supravegherea stării de sănătate și respectarea recomandărilor specialiștilor
- Comunicarea cu persoana cu handicap
- Asistarea activității și participării beneficiarului în familie și comunitate
- Reprezentarea beneficiarului

După caz pot interveni și alte situații de sprijin a persoanei cu handicap (asistarea integrării școlare și a educației permanente, asistarea integrării profesionale a beneficiarului).

## PLAN DE ACTIVITĂȚI SĂPTĂMÂNAL

Tipurile de activități desfășurate pe parcursul unei zile/săptămâni, în calitate de asistent personal :

TIPUL ACTIVITĂȚII	INTERVAL ORAR
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	

Supravegherea stării de sănătate și respectarea recomandărilor specialiștilor:

Tratament medical prescris de dr. \_\_\_\_\_

DENUMIREA MEDICAMENTULUI	DOZA ZILNICĂ

Observații privind statusul biopsihosocial al persoanei cu handicap (starea sănătății persoanei asistate și gradul de dependență):

---

---

---

---

---

Întocmit ASISTENT PERSONAL Nume, prenume, semnătura	Nume, prenume, semnătura BENEFICIAR/ REPREZENTANT LEGAL	Vizat responsabil de caz Nume, prenume, semnătura

Data întocmirii \_\_\_\_\_