

Avizat
DIRECTOR,

DOMNUL DIRECTOR,

Subsemnatul _____, str. _____, domiciliat în localitatea _____, nr. _____, et. _____, ap. _____, județul _____, C.N.P. _____, telefon _____, vă rog să îmi aprobați internarea în Centrul de Asistență Socială „Ingvar Kamprad” Siret.

Motivele pentru care solicit internarea sunt:

Menționez că:

Dețin locuință proprietate personală, înregistrată la Primăria _____, pe numele _____.

Dețin bunuri mobile sau imobile în folosință, constând în:

- Teren intravilan, în suprafață de _____;
- Teren extravilan, în suprafață de _____;
- Alte bunuri _____.

Am susținători/reprezentanță legali, constând în:

- Soț/ soție;
- Copii;
- Alte rude _____.

Am venit, constând în:

- Pensie de drept, în cuantum de _____ lei;
- Pensie handicap, în cuantum de _____ lei;;
- Pensie de incapacitate a muncii, în cuantum de _____ lei;;
- Alte venituri _____, în cuantum de _____ lei.

Anexez la prezenta următoarele documente:

- Act de identitate (original și copie);
- Certificat de naștere (original și copie);
- Certificat căsătorie (original și copie);
- Certificat deces soț/ soție (original și copie);
- Certificat handicap (original și copie);
- Avizul/ adeverință medic de familie nr. _____/ _____, pentru

internarea în centru (acesta conține: diagnosticul complet, scurt istoric, tratamente efectuate, recomandări medicale, gradul de dependență);

- Examenul radiologic;
- Aviz epidemiologic eliberat de medicul de familie;
- Examen coproparazitologic;
- Examen psihiatric;
- Adeverință de venit (cupoane pensii- original și copie- din ultima lună, alte surse de venit);

Adeverință de la A.N.A.F. privind veniturile;
 Certificat fiscal de la Primăria unde își are domiciliul;
 Declarație notarială (dacă este cazul), că nu există reprezentanți legali/
susținători legali, iar dacă aceștia există, motivele pentru care nu pot îngriji persoana
vârstnică;

Documente doveditoare a situației locative (copie contract de vânzare-
cumpărare, contract de închiriere, extras C.F. etc);

Declarația pe propria răspundere a susținătorului/susținătorilor legali că va/vor
suporta cheltuielile de înmormântare a persoanei vârstnice asistate.

Grila de evaluare socio- medicală;

Ancheta socială eliberată de Primăria de domiciliu.

Data:

Nume și prenume: _____

Semnătura: _____