



JUDEȚUL HUNEDOARA  
MUNICIPIUL DEVA  
CONSILIUL LOCAL DEVA



DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ  
SERVICIUL INTERVENȚII ȘI ÎNGRIJIRI

SERVICII DE ÎNGRIJIRI LA DOMICILIU PENTRU PERSOANE ADULTE CU DIZABILITĂȚI

Deva, str. Ion Creangă, nr. 5, camera nr. 23, 330011

0254.218.030, dasdeva@primariadeva.ro, www.dasdeva.ro

Nr. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**CERERE  
DE ADMITERE ÎN CADRUL SERVICIULUI SOCIAL**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_,  
cu domiciliul/reședința în municipiul Deva, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_,  
sc. \_\_\_\_\_ et. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, județul Hunedoara, posesor al B.I./C.I., seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_,  
eliberat/ă la data de \_\_\_\_\_, de către \_\_\_\_\_, persoană  
încadrată în gradul de handicap \_\_\_\_\_, tipul de handicap \_\_\_\_\_,  
conform certificatului/deciziei de încadrare în grad de handicap nr. \_\_\_\_\_ din data de \_\_\_\_\_,  
valabilitate \_\_\_\_\_, nerevizibil/revizibil la data de \_\_\_\_\_,  
eliberat/ă de \_\_\_\_\_,  
reprezentat/ă legal de dl./dna. \_\_\_\_\_,  
conform \_\_\_\_\_ prin prezenta **solicit admiterea  
în cadrul serviciului social "Servicii de îngrijiri la domiciliu pentru persoane adulte cu dizabilități"**.

Menționez faptul că la adresa de domiciliu/reședință locuiesc împreună cu numitul/numita \_\_\_\_\_, care are/au calitatea de \_\_\_\_\_.

**Anexez prezentei cereri următoarele documente:**

- certificat/decizie de încadrare în grad de handicap (+ anexă și program individual de reabilitare și integrare socială);
- carte de identitate/buletin de identitate;
- cartea de identitate a reprezentantului legal (unde este cazul);
- hotărâre judecătorească de numire tutore sau curator (unde e cazul);
- acte de stare civilă (certificat de naștere, căsătorie, divorț, deces etc.);
- acte medicale (referat/adeverință medic de familie din care să rezulte istoricul medical și recomandarea pentru servicii medicale de recuperare și reabilitare, scrisori medicale, analize, etc);
- adeverință de la medicul de familie din care să rezulte faptul că persoana cu dizabilități nu suferă de o boală infecto-contagioasă;
- declarația pe propria răspundere a beneficiarului/reprezentantului legal cu privire la veridicitatea datelor declarate, la inexistența unui document autentic care să aibă ca obiect obligația îngrijirii persoanei adulte cu dizabilități, care va fi reînnoită anual, al cărei conținut va fi stabilit de către furnizorul de servicii sociale;
- declarația privind prelucrarea datelor cu caracter personal;
- acord privind utilizarea și procesarea imaginilor fotografice, înregistrărilor audio și video;
- contractul de muncă și fișa postului asistentului personal/asistentului personal profesionist, în copie, în cazul solicitanților care se află în îngrijirea acestora;
- declarație pe propria răspundere a solicitantului/reprezentantului legal din care să rezulte dacă persoana cu handicap grav/accentuat a/nu a beneficiat de tichete de valoare pentru terapia bazată pe recuperare medicală sau kinetoterapie, acordate conform prevederilor Legii nr. 7/2023 privind susținerea procesului de dezinstiționalizare a persoanelor adulte cu dizabilități și aplicarea unor măsuri de accelerare a acestuia și de prevenire a instiționalizării, precum și pentru modificarea și completarea unor acte normative (doar pentru persoanele încadrate în gradul de handicap grav sau accentuat);
- orice alte documente considerate a fi necesare pentru dovedirea situației socio-economice și medicală \_\_\_\_\_

**Documentele menționate mai sus se depun în copie conformă cu originalul.**

Nume, prenume \_\_\_\_\_  
Semnătura, \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_