

Domnule Primar,

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_ domiciliat(ă)  
în \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_,  
sc. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, jud. Dolj, posesor al B.I./C.I. seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, eliberat la  
data de \_\_\_\_\_ de către \_\_\_\_\_  
părinte/reprezentant legal al persoanei cu handicap  
grav \_\_\_\_\_, optez pentru a primi și ridica  
indemnizație lunară, conform Legii nr.448/2006-republicată, privind protecția și  
promovarea drepturilor persoanelor cu handicap.

Anexez:

- copie B.I./C.I. părinte/reprezentant legal;
- copie B.I./C.I. a persoanei cu handicap
- anchetă socială
- copie certificat de încadrare într-o categorie de persoane cu handicap care necesită protecție specială.

Data \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_

Domnului Primar al \_\_\_\_\_

DECLARAȚIE

Subsemnata (ul).....  
născută în localitatea.....str.....  
.....nr.....bl.....scara.....apartament.....  
.....nr.....  
.....posezor al B.I. seria.....nr.....  
liberat la data de.....de către.....persoană  
andicată asimilată gradului.....(.....) de invaliditate conform  
certificatului (deciziei, hotărârii) nr.....din.....emis de.....

Cunoscând prevederile art. 292 din Codul Penal privitoare la declarațiile nesincere, declar următoarele:

(Nu) sunt încadrat în muncă (la.....)

(Nu) sunt pensionar.....

(se va declara fiecare pensie primită)

(Nu) am alte venituri.....  
cu caracter permanent.....

(se va declara fiecare venit)

Dau prezenta declarație spre a-mi servi la..... în vederea obținerii drepturilor prevăzute de OUG 102/1999 modificată și completată prin Legea 519/2002 și 343/2004.

Mă oblig ca, în termen de 10 zile de la producere, să aduc în scris, la cunoștința Inspectoratului, orice modificare, față de cele declarate, de natură să influențeze acordarea drepturilor prevăzute de lege.

Data.....

Semnătura,  
.....

DAT ÎN FAȚA NOASTRĂ

ANGAJAMENT

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_ domiciliat în Craiova,  
str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, județul \_\_\_\_\_ posesor al  
B.I./C.I. Serie \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, mă angajez pe proprie răspundere de a anunța autoritatea locală  
în termen de 48 ore orice modificare cu privire la gradul de handicap, domiciliu sau reședință, starea  
materială și alte situații de natură să modifice acordarea drepturilor prevăzute de lege.

Totodată mă oblig să-mi mențin opțiunea de a primi indemnizație lunară stabilită  
conform legislației de mai sus, pe perioada valabilității certificatului de încadrare în grad de  
handicap pentru persoana \_\_\_\_\_

Prezentul angajament constituie titlu executoriu pentru recuperarea eventualelor  
sume primite necuvenit.

Data \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

~~DAȚ ÎN FEATĂ~~ NOASTRĂ

## ANGAJAMENT

Subsemnata (ul) ..... posesor al BI/CI  
domiciliat în .....  
..... nr. .... mă angajez pe propria răspundere de a anunța în termen de 10 zile orice  
modificare, precum și alte situații de natură să împiedice acordarea drepturilor prevă-  
zute din cadrul OUG 102, modificată și completată prin legea 519/2002 și 343/2004.  
Prezentul angajament constituie titlul executorului pentru recuperarea eventualelor  
sume primite necuvenit.

Data: .....

Semnătura:.....

## DECLARATIE

Subsemnata(a).....  
CNP..... cu actul de identitate :  
seria.....nr.....,domicilia.....

.....  
cunoscad prevederile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul in  
declaratii, respectiv- declaratia necorespunzatoare a adevarului facuta unui  
organ sau institutii de stat se pedepseste cu inchisoare de la 3luni la 2 ani sau  
cu amenda.

Am luat la cunostinta ca informatiile din cererea depusa si din actele  
anexate la aceasta, vor fi prelucrate de ANPIS/AJPIS/Primaria Simnicu de  
Sus/Institutii abilitate/, cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE)  
2016/679 privind protectia persoanelor fizice in ceea ce priveste  
prelucrararea datelor cu caracter personal, si libera circlatie a acestor date.

Declar ca am fost informat ca datele cu caracter personal sunt  
prelucrate in scopul si pentru indeplinirea atributiilor legale ale institutiei  
precum si cu privire la toate drepturile conferite conform legislatiei in  
viguare, astfel ca sunt de acord.

Ma oblig sa anunt in scris serviciul de asistenta sociala din cadrul  
primariei in termen de 15 zile de la data la care a intervenit modificarea  
situatiei .

Data .....

Semnatura.....

Primaria Simnicu de Sus  
Judetul Dolj  
Compartimentul Asistenta Sociala

### DECLARATIE

Subsemnatul/a ....., posesoare a CI /BI  
seria..... Nr....., CNP....., cu domiciliul in  
loc..... strada....., nr.....bl....., sc....., ap.....,  
judetul ....., in calitate de curator, al /a numitului/numitei .....

..... Declar urmatoarele :

In data de ..... am depus la Judecatoria ..... cerere  
pentru a deveni curator pentru .....  
Persoana cu handicap grav cu .....  
pentru a o reprezenta si a-i obtine drepturile ce i se cuvin ca persoana cu  
handicap grav, inregistrata cu numarul ...../...../.....

Declar pe propria raspundere ca atunci cand voi obtine dispozitia de  
curatela o voi aduce la Primaria Simnicu de Sus, judetul Dolj in cel mai scurt  
timp.

Ma voi prezenta la toate termenele stabilite de instanta de judecata.  
In caz de neprezentarea acestei dispozitii de curatela sunt direct  
raspunzator/re pentru sumele incasate .

Numar de telefon .....

SEMNATURA.....

## ANCHETA SOCIALĂ

Data evaluării: .....

**Scopul efectuării anchetei sociale:** stabilirea statutului și al contextului social în care persoana trăiește;

### I. PERSOANA EVALUATĂ

NUME \_\_\_\_\_ PRENUME \_\_\_\_\_  
 ADRESA: str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ bl. \_\_\_\_\_ sc. \_\_\_\_\_ ap. \_\_\_\_\_  
 LOCALITATEA \_\_\_\_\_ JUDEȚ \_\_\_\_\_ SECTOR \_\_\_\_\_  
 COD POȘTAL \_\_\_\_\_ TELEFON \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ PROFESIA \_\_\_\_\_  
 OCUPAȚIA \_\_\_\_\_  
 STUDII: fără ; primare ; gimnaziale ; medii ; superioare ;  
 C.N./C.P./B.I./C.I.: Seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ Eliberat de: \_\_\_\_\_ la data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Valabilitate: \_\_\_\_\_  
 CNP: \_\_\_\_\_  
 S A A L L Z Z N N N N C;  
 RELIGIA \_\_\_\_\_

CERTIFICAT DE ÎNCADRARE ÎN GRAD DE HANDICAP (anterior) nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_

Grad \_\_\_\_\_ Cod handicap \_\_\_\_\_  
 Valabilitatea certificatului: data de revizuire \_\_\_\_\_

Medic familie / curant (nume și prenume) \_\_\_\_\_  
 Adresa .....; Telefon.....;

STAREA CIVILĂ: necăsătorit ; căsătorit ; văduv  de la data .....; divorțat  de la data .....; despărțit în fapt ; altele:.....

COPII: da  / nu  (dacă da, completați tabelul de mai jos):

Nume	Prenume	C.N.P.	Adresa	Telefon

### II. REPRESENTANT LEGAL

NUME \_\_\_\_\_ PRENUME \_\_\_\_\_  
 CALITATEA: soț/soție ; fiu/fiică ; rudă ; relația de rudenie \_\_\_\_\_; alte persoane .....  
 Locul și data nașterii \_\_\_\_\_ Vârsta \_\_\_\_\_  
 Adresa \_\_\_\_\_  
 Telefon acasa \_\_\_\_\_ Serviciu \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

#### 1. AUTONOMIA ȘI STATUSUL FUNCȚIONAL AL PERSOANEI:

**ACTIVITĂȚI DE BAZĂ DE ZI CU ZI:**

- |                    |                                      |  |
|--------------------|--------------------------------------|--|
| Igiena corporală   | <input type="checkbox"/> Fără ajutor | <input type="checkbox"/> Necesită îngrijire/ajutor:<br><input type="radio"/> parțial<br><input type="radio"/> integral   |
| Îmbrăcat/dezbrăcat | <input type="checkbox"/> Autonomă    | <input type="checkbox"/> Dependentă de alta persoană:<br><input type="radio"/> parțial<br><input type="radio"/> integral |

Servire și hrănire	<input type="checkbox"/> Singură	<input type="checkbox"/> Necesită ajutor <input type="radio"/> parțial <input type="radio"/> integral
Igiena corporală	<input type="checkbox"/> Fără probleme	<input type="checkbox"/> Incontinență ocazională <input type="checkbox"/> Necesită ajutor <input type="radio"/> parțial <input type="radio"/> permanent
Mobilizarea	<input type="checkbox"/> Singură	<input type="checkbox"/> Necesită ajutor/îngrijire <input type="radio"/> parțial <input type="radio"/> permanent
Dispozitive utilizate la deplasare	<input type="checkbox"/> Fără dispozitive	<input type="checkbox"/> Cu dispozitive <input type="radio"/> Baston <input type="radio"/> Cadru <input type="radio"/> Scaun rulant <input type="radio"/> Cadru <input type="radio"/> Altele .....
Deplasare în interiorul locuinței	<input type="checkbox"/> Singură	<input type="checkbox"/> Necesită ajutor <input type="checkbox"/> Imobilizată la pat
Deplasare în exteriorul locuinței	<input type="checkbox"/> Singură	<input type="checkbox"/> Necesită ajutor parțial <input type="checkbox"/> Depinde de alții
Utilizarea mijloacelor de comunicare (telefon/alarmă/sonerie)	<input type="checkbox"/> Singură	<input type="checkbox"/> Necesită ajutor <input type="checkbox"/> Depinde de alții

**ACTIVITĂȚI INSTRUMENTALE:**

Prepararea hranei/ Hrănirea	<input type="checkbox"/> Singură	<input type="checkbox"/> Necesită ajutor: <input type="radio"/> la preparare <input type="radio"/> la servire	<input type="checkbox"/> Depinde de alții
Activități gospodărești (curățenie cameră, spălat haine, vase, etc.)	<input type="checkbox"/> Singură	<input type="checkbox"/> La activități ușoare se descurcă: <input type="radio"/> total <input type="radio"/> parțial	<input type="checkbox"/> Este incapabilă
Gestionarea propriilor venituri	<input type="checkbox"/> Știe	<input type="checkbox"/> Necesită ajutor	<input type="checkbox"/> Este incapabilă
Efectuarea de cumpărături	<input type="checkbox"/> Singură	<input type="checkbox"/> Necesită ajutor	<input type="checkbox"/> Depinde de alții
Conformarea la recomandările medicale	<input type="checkbox"/> Singură	<input type="checkbox"/> Necesită dozare și pregătire	<input type="checkbox"/> Depinde de alții
Utilizare mijloace de transport	<input type="checkbox"/> Singură	<input type="checkbox"/> Numai însoțită	
Participare la activități pe timp liber (asculta radio, vizionează TV, citește, etc.)		<input type="checkbox"/> Activități realizate: <input type="radio"/> spontan <input type="radio"/> antrenat <input type="checkbox"/> Nu poate/ Este indiferentă	1. .... 2. .... 3. .... 4. ....
Mod de realizarea a instruciunilor	<input type="checkbox"/> Isi poate aduce aminte si indeplini o secventa de instructiuni ( o lista de cumparaturi, etc) <input type="checkbox"/> Isi poate aduce aminte instructiunile si le poate indeplini mai tarziu ( un mesaj de la locul de munca) <input type="checkbox"/> Poate urma o instructiune simpla care poate fi indeplinita atunci si in acel loc		

**2. EVALUAREA STATUSULUI SENZORIAL ȘI PSIHOAFECTIV AL PERSOANEI:**

Acuitate vizuală	<input type="checkbox"/> Acuitate vizuală completă <input type="checkbox"/> Distinge fețe, obiecte de dimensiuni mari; <input type="checkbox"/> Cecitate relativă (se poate orienta, evita obstacole) <input type="checkbox"/> Cecitate absolută (vede numai umbre și lumini)
Comunicarea	<input type="checkbox"/> Vorbeste bine și inteligibil, folosește un limbaj care poate fi înțeles; capabil să ofere informații exacte <input type="checkbox"/> Unele dificultăți în vorbire; lipsa clarității și a fluentei (are tendința de a se balbaia) dar folosește un limbaj care poate fi înțeles <input type="checkbox"/> Dificultăți în vorbire, este înțeles doar de cei care îl cunosc bine <input type="checkbox"/> Se folosește de gesturi atunci când vrea să comunice <input type="checkbox"/> Nu răspunde când i se vorbește, cu excepția propriului său nume
Orientare	<input type="checkbox"/> Fără probleme <input type="checkbox"/> Dezorientare: <input type="radio"/> în spațiu <input type="radio"/> în timp <input type="radio"/> față de alte persoane
Memorie	<input type="checkbox"/> Pastrată <input type="checkbox"/> Afectată parțial <input type="checkbox"/> Afectată în totalitate
Probleme comportamentale:	<input type="checkbox"/> Persoana evaluată se rănește singură <input type="checkbox"/> Agresiune fizică față de alții <input type="checkbox"/> Acțiuni exagerate <input type="checkbox"/> Distruge obiecte



Are nevoie de multa atentie

### III. EVALUARE SOCIALĂ

#### A. LOCUINȚĂ

Casă ; apartament la bloc ; alte situații .....,

Situație juridică a locuinței (proprietate personala, etc.).....

SITUATĂ LA: parter ; etaj ; acces lift . Se compune din: nr. camere \_\_; bucătărie ; baie ; duș ; wc ; situat în interior /în exterior .

ÎNCĂLZIRE: fără ; centrală ; cu lemne/cărbuni ; gaze ; cu combustibil lichid

APĂ CURENTĂ: da ; rece /caldă ; alte situații .....

CONDIȚII DE LOCUIT: Luminozitate: adecvată /neadecvată ;

Umiditate: adecvată /igrasie .

IGIENĂ: adecvată /neadecvată .

DOTĂRI: aragaz /mașină de gătit /frigider /mașină de spălat / radio / televizor /aspirator .

CONCLUZII PRIVIND RISCUL AMBIENTAL:

#### B. REȚEA DE FAMILIE:

- trăiește singur
- cu soț/soție
- cu copii
- cu alte rude
- cu alte persoane



- una dintre persoanele cu care locuiește este: bolnavă ; cu dizabilități/handicap ; dependentă de alcool
- este ajutat de familie: da ; cu bani ; cu mâncare ; activități de menaj  nu .
- relațiile cu familia sunt: bune ; cu probleme ; fără relații .
- există risc de neglijare: da ; nu  (dacă da, specificați).....
- există risc de abuzare: da ; nu  (dacă da, specificați).....

**Informatii relevante despre persoanele care locuiesc cu persoana evaluata** (nume si prenume, grad de rudenie, adresa, telefon);

**Atentie!!!** Va fi mentionata persoana/persoanele care asigura sprijinul si/sau ingrijirea persoanei evaluate;

**PERSOANA DE CONTACT IN CAZ DE URGENTA:**

NUME \_\_\_\_\_ PRENUME \_\_\_\_\_

CALITATEA: soț/soție ; fiu/fiică ; rudă ; relația de rudenie \_\_\_\_\_; alte persoane .....

Locul și data nașterii \_\_\_\_\_ Vârsta \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_

Telefon acasa \_\_\_\_\_ Serviciu \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

#### C. REȚEA DE PRIETENI, VECINI:

- are relații cu prietenii, vecinii: da ; nu ; relații de întraajutorare .
- relațiile sunt: permanente ; ocazionale .
- este ajutat de prieteni/vecini pentru: cumpărături ; activități de menaj ; deplasare în exterior .
- participă la: activități ale comunității ; activități recreative .
- comunitatea îi oferă un anumit suport: da ; nu .

Dacă da, specificați: \_\_\_\_\_

**D. EVALUAREA SITUAȚIEI ECONOMICE:**

venit lunar propriu, reprezentat de (înseriați sumele acolo unde este cazul, iar unde nu este cazul, se trasează linie):

- ✓ pensie de asigurări sociale de stat \_\_\_\_\_
- ✓ pensie pentru agricultori \_\_\_\_\_
- ✓ pensie I.O.V.R. \_\_\_\_\_
- ✓ indemnizație pentru persoană cu handicap \_\_\_\_\_
- ✓ pensie de urmaș \_\_\_\_\_
- ✓ alocație de stat pentru copii \_\_\_\_\_
- ✓ alte venituri \_\_\_\_\_ sursa \_\_\_\_\_

Bunuri mobile și imobile aflate în posesie:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**C. REZULTATELE EVALUARII:**

▶ Tratatamentul și îngrijirea socio-medicala se pot realiza la domiciliul persoanei :  
da  nu

Dacă nu, se vor preciza cauzele : .....

▶ Nevoile identificate : 1. .... ;  
2. .... ; etc.

▶ Oferta locală de servicii poate acoperi următoarele nevoi identificate : 1. .... ;  
2. .... ; etc.

**CONCLUZII SI RECOMANDARI:**

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

Asistent social: \_\_\_\_\_

Semnătură :