**Compartiment Evaluare și Monitorizare Asistenți Personali**

**(ind. dos. III.I)**

**CERERE**

Subsemnatul/(a)……………………………………………………………persoană cu handicap grav/reprezentant legal al persoanei cu handicap grav domiciliat/(ă) în Braşov, str.……………………………………….......…, nr.…., bl......., sc...., ap…., telefon……………….………....., legitimat/(ă) cu CI/BI, seria………., nr.…………………, prin prezenta solicit realizarea demersurilor necesare pentru angajarea în calitate de asistent personal a d-lui/d-nei..................................................................... conform Acordului nr............./....................eliberat de Direcţia Generală de Asistenţă Socială şi Protecţia Copilului Braşov.

**1.Solicitant**: **** Carte de identitate (copie+original)

**** Certificatul de naştere (copie+original)

**** Acte privind starea civilă (copie+original)

**** Cazier judiciar (original)

**** Certificat/adeverință de integritate comportamentală

**** Adeverinţă eliberată de medicul de familie/altă unitate sanitară autorizată care să ateste starea de sănătate corespunzătoare (original)

**** Acte de studii (copie+original)

**** Acordul scris al persoanei cu deficienţe grave/reprezentantului legal/familiei acestuia pentru angajarea solicitantului în calitate de asistent personal

**** Acordul D.G.A.S.P.C , exprimat în scris, referitor la opţiunea persoanei cu dizabilităţi/ reprezentantului legal (original)

**** Carnetul de muncă/ adeverinţe care atestă vechimea în muncă (copie+original)

**2. Persoana cu deficienţe grave:**

**** Carte de identitate (copie+original)

**** Certificatul de naştere (copie+original)- pentru copii sub 14 ani

**** Certificatul de încadrare în gradul grav de handicap + Anexă, după caz (copie+original)

**** Planul de abilitare-reabilitare al copilului cu dizabilităţi/ Plan individual de servicii al adultului cu dizabilităţi (copie+original)

**** Decizie de pensie + Cupon de pensie (după caz, copie+original)

**** Document prin care se face dovada reprezentării legale a persoanei cu dizabilităţi (după caz,copie+original).

Data………………… Semnătura solicitant…………………

Funcţionar CEMAP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nume, prenume şi semnătura)

**Durata completării**: 5 minute

**Motivul colectării informației:** conform procedurii operaționale