**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