**F-PO-02-02-02**

**ROMÂNIA**

**CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI BRAŞOV**

**Direcţia de ASISTENŢĂ SocialĂ BraȘov**

Str. Panselelor, nr. 23, Braşov, cod postal 500419

Tel+40-368-469995, +40-368-465415,+40-368-464081, Fax. 0368-464083

www.dasbv.ro; dasbv@dasbv.ro

Operator de date cu caracter personal nr. 10326

**SERVICIUL ASISTENŢĂ SOCIALĂ Nr. Înreg.** ......................................

**Către:**

**Direcția de Asistență Socială Brașov**

Subsemnatul/Subsemnata............................................................................................................, domiciliat(ă) în ...................., str. ...............................................................................................,

nr..........., bl.........., sc........., ap............, legitimat cu ........... seria ........... nr..............................., telefon ..........................., în calitate de..........................................., prin prezenta solicit să dispuneți efectuarea unei evaluări/anchete sociale pentru persoana vârstnică, numele și prenumele ..................................................................................................................................

domiciliat(ă) în municipiul Brașov, str. ........................................................................................ nr............ bl. ............. sc. ............ ap. ......., în vederea .......................................... ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Atașez prezentei cereri următoarele documente doveditoare:

1. Declarație pe proprie răspundere privind veridicitatea datelor
2. Buletin identitate solicitant și persoana vârstnică (în copie)
3. Cupon pensie (în copie)
4. Declarație privind componenţa familiei persoanei vârstnice
5. Recomandări şi/sau evaluări ale medicului de familie/medicului specialist (în copie)
6. Adeverință medicală/certificat medical (în copie)
7. Planul de externare şi de continuare a serviciilor de îngrijire medicală în comunitate, dacă persoana vârstnică este internată la data prezentei solicitări (în copie)
8. Nu au fost depuse actele de la punctele ...................................................

Semnătura .................................................. Data ......................................