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

**SERVICIUL ASISTENȚĂ SOCIALĂ PENTRU PERSOANE VÂRSTNICE (III.H.)**

**Către:**

 **Direcția de Asistență Socială Brașov**

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

nr..........., bl.........., sc........., ap............, legitimat cu ........... seria ........... nr..............................., CNP.........................................., telefon.................................., email..........................................,

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. Buletin identitate/Carte de identitate/Carte de identitate provizorie
2. Cupon pensie
3. Recomandări și/sau evaluări ale medicului de familie/medicului specialist
4. Adeverință medicală/certificat medical
5. Planul de externare și de continuare a serviciilor de îngrijire medicală în comunitate, dacă potențialul beneficiar este internat la data prezentei solicitări
6. Evaluare psihologică/psihiatrică în cazul persoanelor diagnosticate cu afecțiune mentale
7. Nu au fost depuse actele de la punctele ...................................................

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

*Timp de completare 10 minute. Solicitarea efectuării unei evaluări inițiale necesară pentru emiterea deciziei privind acordarea dreptului la servicii sociale/ Sesizarea unui caz.*