

Acte necesare pentru instituționalizarea în cadrul centrelor de protecție specială pentru persoane adulte cu handicap

1. Cerere din partea persoanei cu handicap/reprezentantului legal (tutore, curator)/rudelor de gradul I, soț/soție; Dacă nu există posibilitatea ca solicitantul să întocmească cererea, aceasta va fi redactată de către reprezentantul primăriei de domiciliu.
2. Copii după: -
 - copii după CI/ BI, certificatele de naștere și de căsătorie ale persoanei asistate, ale părinților, ale copiilor, ale soțului sau soției, după caz;
 - certificat de naștere/deces al soțului/soției, hotărâre de divorț (după caz),
 - declarație privind lipsa susținătorilor legali, după caz;
 - copii de pe hotărâri judecătorești, după caz, prin care cei care datorează plata contribuției lunare de întreținere au stabilite obligații de întreținere și față de alte persoane;
3. Acte doveditoare privind veniturile, respectiv adeverință de salariu, talon de pensie, adeverință de venit eliberată de organele financiare teritoriale, alte acte, după caz ale copiilor/ parintilor solicitantului. , adeverințe de venit eliberate de organele financiare teritoriale, copii de pe hotărâri judecătorești prin care s-au stabilit obligații de întreținere ale unor persoane în favoarea sau în obligația persoanei asistate, dacă este cazul;
4. Certificat de atestare fiscală (Taxe și impozite / primăria de domiciliu)
5. Ancheta socială eliberată de primăria de domiciliu./ anchetă socială privind situația persoanei asistate și a familiei sale.
6. Dovadă eliberată de primăria de domiciliu, prin care se atestă ca persoanei nu i s-au putut asigura alte servicii în comunitate, dacă are sau nu susținători legali și motivul pentru care aceștia nu o pot îngriji (în baza unei declarații a beneficiarului).
7. Cazier judiciar.
8. Acte medicale: examen psihiatric, VDRL, examen dermatologic, coproparazitologic, test HIV, radiografie plămâni, adeverință medicală care să precizeze dacă suferă de boli infecto – contagioase.
9. Copie după fișa medicală de la medicul de familie.
10. Certificat de persoana cu handicap – copie + Program individual de reabilitare și integrare socială.
11. Recomandare de la medicul de familie / specialist, pentru centrul potrivit tipului și gradului de handicap.
12. Raport de expertiză psihologică în vederea stabilirii capacității de reprezentare a obligațiilor ce decurg din semnarea unui contract de prestări servicii și de administrare a bunurilor proprii.
13. Cupon de pensie recent.
14. Declarație notarială din partea solicitantului / aparținătorului că nu există încheiat contract de vânzare - cumpărare cu clauza de întreținere.
15. Decizia de punere sub interdicție judecătorească (dacă este cazul).
16. Decizie de tutelă / curatelă (dacă este cazul) .
17. Dosar cu șină.

După aprobarea cererii de instituționalizare se mai solicită următoarele:

- Acord de plată a serviciilor
- Declarație notarială a aparținătorilor privind participarea activă în procesul de acordare a serviciilor sociale.

Acte necesare pentru institutionalizarea în cadrul centrului de îngrijire și asistență Răchitoasa

- acte valabile pentru persoanele care au împlinit vârsta legală de pensionare conf. Art. 53, alin1 din

Legea 263/2010

1. Cerere din partea persoanei vârstnice/reprezentantului legal (tutore, curator)/rudelor de gradul I, soț/soție; Dacă nu există posibilitatea ca solicitantul să întocmească cererea, aceasta va fi redactată de către reprezentantul primăriei de domiciliu;
2. Copii după: - CI, certificat naștere și căsătorie ale solicitantului,
- certificat de naștere/deces al soțului/soției, hotărâre de divorț (după caz),
- certificatele de naștere și căsătorie ale părinților, ale copiilor;
3. Acte doveditoare privind veniturile, respectiv adeverință de salariu, talon de pensie, adeverință de venit eliberată de organele financiare teritoriale, alte acte, după caz ale copiilor/ părinților solicitantului;
4. Certificat de atestare fiscală (Taxe și impozite / primăria de domiciliu)
5. Ancheta socială eliberată de primăria de domiciliu;
6. Dovadă eliberată de primăria de domiciliu, prin care se atestă ca persoanei nu i s-au putut asigura alte servicii în comunitate, dacă are sau nu susținători legali și motivul pentru care aceștia nu o pot îngriji (în baza unei declarații a beneficiarului).
7. Cazier judiciar.
8. Raport de evaluare socială eliberat de primăria de domiciliu (Anexa 3 a Hotărârii 886/5 oct. 2000 pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice, **în afară de pct. VI**)
9. Acte medicale: examen psihiatric, VDRL, examen dermatologic, coproparazitologic, test HIV, radiografie plămâni, adeverință medicală care să precizeze dacă suferă de boli infecto – contagioase;
10. Raport de evaluare a stării de sănătate și evaluarea statusului senzorial și psiho-afectiv de la medicul de familie / geriatru, semnat și ștampilat pe fiecare pagină (Anexa 3 a Hotărârii 886 din 5 octombrie 2000 pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice , **pct. VI**)
11. Copie după fișa medicală de la medicul de familie;
12. Recomandare de la medicul de familie / medic specialist, pentru centrul de îngrijire și asistență pentru persoane vârstnice;
13. Raport de expertiză psihologică în vederea stabilirii capacității de reprezentare a obligațiilor ce decurg din semnarea unui contract de prestări servicii și de administrare a bunurilor proprii.
14. Dovadă că nu se încadrează într-un grad de handicap, eliberată de către Comisia de evaluare a persoanelor cu handicap pentru adulți (Bacău, str. Ghiocelilor, nr. 4);
15. Declarație notarială din partea solicitantului / aparținătorului că nu există încheiat contract de vânzare - cumpărare cu clauza de întreținere;
16. Cupon de pensie recent;
17. Decizie de tutelă / curatelă (dacă este cazul);
18. Decizia de punere sub interdicție judecătorească (dacă este cazul);
19. Dosar cu șină.

Hotărârea 886 din 5 octombrie 2000 pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice este postată pe pagina de WEB a Departamentului de Asistență socială și politici familiale sas.mmsf.ro/compendiumLegislativ_categorii.php?id=87

După aprobarea cererii de instituționalizare se mai solicită următoarele:

- Acord de plată a serviciilor
- Declarație notarială a aparținătorilor privind participarea activă în procesul de acordare a serviciilor sociale.

CERERE

Subsemnatul/a _____, domiciliat/ă
în _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____,
ap. _____, jud. _____, legitimat/ă cu _____, în calitate de
_____, solicit instituționalizarea în Centrul de protecție specială
pentru persoanele adulte cu handicap/ a _____ deoarece

Am luat cunoștință de faptul că, în urma instituționalizării în Centrul de protecție specială pentru persoanele cu handicap a _____, se sistează plata prestațiilor sociale acordate potrivit Legii nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap.

Data _____

Semnătura _____

CERERE

Subsemnatul/a _____, domiciliat/ă în
_____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____,
ap. _____, jud. _____, legitimat/ă cu _____, în calitate de
_____, solicit instituționalizarea în Centrul de Îngrijire și
Asistență Răchitoasa a _____, deoarece

Data _____

Semnătura _____

CERERE-TIP
de evaluare complexă în vederea încadrării în grad de handicap

Nr. /

Doamnă/Domnule Director,

Subsemnatul(a), domiciliat(ă) în,
str., nr., bl., sc., et., ap.,
județul, telefonul, actul de identitate seria nr.
....., C.N.P., în calitate de,
solicit evaluarea în cadrul Serviciului de evaluare complexă și vocațională a persoanelor adulte cu
handicap Bacău, în vederea încadrării într-un grad de handicap, pentru subsemnatul(a)/persoana
....., C.N.P.,
domiciliat(a) în, str., nr.,
bl., sc., et., ap., județul

Data

.....

Semnatura

.....

Anexez la prezenta cerere următoarele documente:

- Copie document identitate.....
- Referat medic specialist.....
- Scrisoare medicală-tip/medic de familie.....
- Copii bilete externare.....
- Ancheta socială.....
- Copie adeverință salariat/copie decizie pensie invaliditate/copie cupon pensie/adeverință
niciun venit în cazul persoanelor fără venituri

Doamnei/Domnului Director al D.G.A.S.P.C. Bacău

ANEXA 4 – CERERE TIP

Domnule/Doamna Director,

Subsemnatul (a)
domiciliat (ă) în, str.,
nr., bl., sc., et., ap., sector/județ,
CNP solicit să-mi aprobați evaluarea la
domiciliu de către *Serviciul de Evaluare Complexă a Persoanelor Adulte cu
Handicap*, în vederea încadrării într-un grad de handicap.

*Am luat la cunoștință că, conform Hotărârii nr. 430/2008, Art. 6, Alin. (8)
Evaluarea complexă se realizează în maximum 60 de zile de la data înregistrării
cererii și a documentelor la serviciul de evaluare complexă.*

Data

.....

Nr. telefon

.....

Semnătura

.....

Anexez la prezenta cerere următoarele documente:

ANEXA 4 – CERERE TIP

Domnule/Doamna Director,

Subsemnatul (a)
domiciliat (ă) în str.
nr., bl., sc., et., ap., sector/județ
CNP solicit să-mi aprobați evaluarea la
domiciliu de către *Serviciul de Evaluare Complexă a Persoanelor Adulte cu*
Handicap, în vederea încadrării într-un grad de handicap.

Am luat la cunoștință că, conform Hotărârii nr. 430/2008, Art. 6, Alin. (8)
Evaluarea complexă se realizează în maximum 60 de zile de la data înregistrării
cererii și a documentelor la serviciul de evaluare complexă.

Data

.....

Nr. telefon

.....

Semnătura

.....

Anexez la prezenta cerere următoarele documente:

CERERE-TIP
de evaluare complexă în vederea încadrării în grad de handicap

Nr. /

Doamnă/Domnule Director,

Subsemnatul(a), domiciliat(ă) în,
str., nr., bl., sc., et., ap.,
județul, telefonul, actul de identitate seria nr.
....., în calitate de, solicit reevaluarea în cadrul
Serviciului de evaluare complexă și vocatională a persoanelor adulte cu handicap Bacău, în vederea
încadrării într-un grad de handicap, pentru subsemnatul(a)/persoana cu handicap
....., C.N.P.,
domiciliat(a) în, str., nr.,
bl., sc., et., ap., județul

Data

.....

Semnatura

.....

Anexez la prezenta cerere următoarele documente:

- Copie act identitate
- Ancheta sociala
- Cupon pensie/adeverinta de venit
- Documente medicale de specialitate :

MOTIVUL solicitării :

- reevaluare la termen
- reevaluare pe motiv agravare stare de sanatate

(Se va completa de către reprezentantul Serviciului de Evaluare Complexă și Vocațională a Persoanelor Adulte cu Handicap)

Domnul/doamna.....
se va prezenta în data de pentru a ridica certificatul de
încadrare în grad de handicap al dlui/dnei

Am luat la cunoștință,

.....

Reprezentant SECA,

.....

Doamnei/Domnului Director al D.G.A.S.P.C. Bacău

...../.....

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul(a),, având codul numeric personal, domiciliat(ă) în localitatea, str. nr., bl., sc., et., ap., județul, posesor/posesoare al (a) actului de identitate seria nr., eliberat de la data de, născut(ă) la data de în localitatea/județul, fiul (fiica) lui și al (a), pensionar de invaliditate gradul I, potrivit Deciziei medicale asupra capacității de muncă nr./....., emisă de, persoană cu handicap grav cu drept la asistent personal, potrivit Certificatului de încadrare în grad de handicap nr./....., eliberat de, cunoscând prevederile art. 42 din Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și prevederile din Codul penal privind falsul în declarații, declar pe propria răspundere că, la data prezentei, **beneficiez/nu beneficiez** de indemnizație de însoțitor prevăzută la art. 77 din Legea nr. 263/2010 privind sistemul unitar de pensii publice, cu modificările și completările ulterioare, și optez pentru:

- asistent personal;
- indemnizație lunară prevăzută la art. 43 din Legea nr. 448/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, respectiv indemnizație de însoțitor prevăzută la art. 58 alin. (3) din aceeași lege, în cazul persoanei cu handicap vizual grav;
- indemnizație de însoțitor prevăzută la art. 77 din Legea nr. 263/2010, cu modificările și completările ulterioare.

Data

.....

Semnătura

.....

NR. _____/_____

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul(a).....,cu domiciliul în loc.....
str....., tel :....., în calitate de al **copilului cu handicap**
grav....., conform certificatului de încadrare în grad de
handicap nr...../..... eliberat de, vă rog să eliberați acordul d-voastra scris cu
privire la opțiunea mea exprimată în conformitate cu prevederile art.42 din Legea 448/2006
privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap.

Precizez că optez pentru :

INDEMNIZAȚIE

ASISTENT PERSONAL – nume si prenume.....
domiciliul

gradul de rudenie fata de persoana cu handicap.....

Telefon :

Anexez prezentei copia după certificatul de încadrare în grad de handicap.

SEMNATURA

DATA.....

NR. _____/_____

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul(a).....,cu domiciliul în
loc..... str....., tel :....., în calitate de..... al
copilului cu handicap grav....., conform certificatului de
încadrare în grad de handicap nr...../..... eliberat de, vă rog să
eliberați acordul d-voastra scris cu privire la opțiunea mea exprimată în conformitate cu
prevederile art.42 din Legea 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu
handicap.

Precizez că optez pentru :

INDEMNIZAȚIE

ASISTENT PERSONAL – nume si prenume.....
domiciliul

gradul de rudenie fata de persoana cu handicap.....

Anexez prezentei copia după certificatul de încadrare în grad de handicap.

SEMNATURA

DATA.....

NR. _____/_____

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul(a)..... cu domiciliul în
loc.....str..... nr..... bl.... sc.... Ap....., **persoana cu**
handicap grav - conform certificatului de încadrare în grad de handicap nr...../
eliberat de, vă rog să eliberați acordul dumneavoastră scris cu privire la opțiunea
mea exprimată în conformitate cu prevederile art.42 din Legea 448/2006, republicată privind
protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap.

Precizez că optez pentru :

 INDEMNIZAȚIE ASISTENT PERSONAL – nume si prenume.....
domiciliul

gradul de rudenie fata de persoana cu handicap.....

Anexez prezentei, copia după certificatul de încadrare în grad de handicap.

SEMNATURA

DATA.....

CAM 7

NR. _____/_____

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul(a)....., cu domiciliul în
loc.....str..... nr.... bl.... sc.... ap....., **persoana cu handicap grav**
- conform certificatului de încadrare în grad de handicap nr...../
....., vă rog să eliberați acordul dumneavoastră scris cu privire la opțiunea mea
exprimată în conformitate cu prevederile art.42 din Legea 448/2006, republicată privind protecția și
promovarea drepturilor persoanelor cu handicap.

Precizez că optez pentru :

 INDEMNIZAȚIE ASISTENT PERSONAL – nume si prenume.....
domiciliul

gradul de rudenie fata de persoana cu handicap.....

Anexez prezentei copia după certificatul de încadrare în grad de handicap.

SEMNATURA

DATA.....

NR. _____/_____

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul(a)....., cu domiciliul în
loc..... str..... nr..... bl.... sc.... ap....., în calitate
de al **persoanei/copilului cu handicap grav**
..... - conform certificatului de încadrare în grad de handicap
nr...../..... eliberat de, vă rog să eliberați acordul dumneavoastră scris cu
privire la opțiunea mea exprimată în conformitate cu prevederile art.42 din Legea 448/2006 privind
protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap.

Precizez că optez pentru :

- ÎNDEMNIZAȚIE
 ASISTENT PERSONAL – nume și prenume.....
domiciliul,
gradul de rudenie față de persoana cu handicap.....

Anexez prezentei copia după certificatul de încadrare în grad de handicap.

DATA.....

SEMNATURA

.....

NR. _____/_____

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul(a)....., cu domiciliul în
loc..... str..... nr..... bl.... sc.... ap....., în calitate
de al **persoanei/copilului cu handicap grav**
..... - conform certificatului de încadrare în grad de handicap
nr...../..... eliberat de, vă rog să eliberați acordul dumneavoastră scris cu
privire la opțiunea mea exprimată în conformitate cu prevederile art.42 din Legea 448/2006 privind
protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap.

Precizez că optez pentru :

- ÎNDEMNIZAȚIE
 ASISTENT PERSONAL – nume și prenume.....
domiciliul,
gradul de rudenie față de persoana cu handicap.....

Anexez prezentei copia după certificatul de încadrare în grad de handicap.

DATA.....

SEMNATURA

.....

NR. _____/_____

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul(a)....., cu domiciliul în
loc..... str..... nr..... bl.... sc.... ap.....,
persoana cu handicap grav, conform certificatului de încadrare în grad de handicap nr...../eliberat
la data de..... de, vă rog să eliberați acordul dumneavoastră scris cu
privire la opțiunea mea exprimată în conformitate cu prevederile art.42 din Legea 448/2006 privind
protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap.

Precizez că optez pentru :

- ÎNDEMNIZAȚIE
 ASISTENT PERSONAL – nume și prenume.....
domiciliul,
gradul de rudenie fata de persoana cu handicap.....

Anexez prezentei copia după certificatului de încadrare în grad de handicap.

DATA.....

SEMNATURA

.....

NR. _____/_____

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul(a)....., cu domiciliul în
loc..... str..... nr..... bl.... sc.... ap.....,
persoana cu handicap grav, conform certificatului de încadrare în grad de handicap nr.....liberat la
data de..... de, vă rog să eliberați acordul dumneavoastră scris cu privire
la opțiunea mea exprimată în conformitate cu prevederile art.42 din Legea 448/2006 privind protecția
și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap.

Precizez că optez pentru :

- ÎNDEMNIZAȚIE
 ASISTENT PERSONAL – nume și prenume.....
domiciliul,
gradul de rudenie fata de persoana cu handicap.....

Anexez prezentei copia după certificatului de încadrare în grad de handicap.

DATA.....

SEMNATURA

NR. _____/_____

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul(a)....., cu domiciliul în
loc..... str..... nr..... bl.... sc.... ap....., în calitate de
..... al persoanei **cu handicap grav**
..... - conform certificatului de încadrare în grad de handicap
nr...../..... eliberat de, vă rog să eliberați acordul dumneavoastră
scris cu privire la opțiunea mea exprimată în conformitate cu prevederile art.42 din Legea 448/2006
privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap.

Precizez că optez pentru :

ÎNDEMNIZAȚIE

ASISTENT PERSONAL – nume și prenume.....
domiciliul

gradul de rudenie față de persoana cu handicap.....

Anexez prezentei copia după certificatul de încadrare în grad de handicap.

DATA.....

SEMNATURA

.....

NR. _____/_____

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul(a)....., cu domiciliul în
loc..... str..... nr..... bl.... sc.... ap....., în calitate de
..... al persoanei **cu handicap grav**
..... - conform certificatului de încadrare în grad de handicap
nr...../..... eliberat de, vă rog să eliberați acordul dumneavoastră
scris cu privire la opțiunea mea exprimată în conformitate cu prevederile art.42 din Legea 448/2006
privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap.

Precizez că optez pentru :

ÎNDEMNIZAȚIE

ASISTENT PERSONAL – nume și prenume.....
domiciliul

gradul de rudenie față de persoana cu handicap.....

Anexez prezentei copia după certificatul de încadrare în grad de handicap.

DATA.....

SEMNATURA

.....

Domnule Director,

Subsemnatul _____,
 domiciliat(ă) în loc: _____, str. _____,
 nr. _____, jud. Bacău, tel: _____, identificat cu B.I./C.I.
 seria _____, nr. _____, însoțitor al minorului/adultului
 _____, persoană cu handicap conform
 certificatului nr. _____ din _____ emis de Comisia pentru
 Protecția Copilului _____ /Comisia de Evaluare a Persoanelor
 Adulte cu Handicap _____, proprietarul autoturismului proprietate
 personală, marca _____ număr de înmatriculare
 _____, număr de identificare autoturism
 _____, vă rog să-mi aprobați eliberarea unei
 roviniete conform art. 28 din Legea nr. 448/2006.

Declar pe propria răspundere că însoțesc persoana cu handicap menționată
 mai sus.

Menționez că aceasta este singura solicitare în temeiul art. 28 din legea
 448/2006, pentru anul _____.

Anexez următoarele documente în copie:

- Certificatul de încadrare în grad de handicap al minorului/adultului;
- Cartea de identitate/ buletin de identitate;
- Cartea de identitate a autoturismului/ certificatul de înmatriculare;
- Declarație pe proprie răspundere.

Data,

Semnatura,

Anexa nr.1

Domnule Director,

Subsemnatul (a) _____ domiciliat(ă)
în _____, tel: _____,
persoană cu handicap conform certificatului nr. _____ din _____
posesor al autoturismului cu nr. de înmatriculare _____, vă rog
să-mi aprobați eliberarea unei roviniete conform art. 28 din Legea 448/2006.

Menționez că aceasta este singura solicitare în temeiul art. 28 din
Legea 448/2006, pentru anul _____.

Anexez următoarele documente în copie:

- certificatul de încadrare în grad de handicap;
- cartea de identitate/ buletin de identitate;
- cartea de identitate a autoturismului/certificatul de înmatriculare.

Data

Semnatura

Domnule Director,

Subsemnatul _____,
 domiciliat(ă) în loc: _____, str. _____, nr. _____,
 jud. Bacău, tel: _____, identificat cu B.I./C.I. seria _____, nr.
 _____, reprezentant legal al minorului/adultului _____,
 persoană cu handicap conform certificatului nr. _____ din _____
 emis de Comisia pentru Protecția Copilului _____ /Comisia de
 Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap _____, proprietarul
 autoturismului proprietate personală, marca _____, număr de înmatriculare
 _____, număr de identificare autoturism _____,
 vă rog să-mi aprobați eliberarea unei roviniete conform art. 28 din Legea
 nr.448/2006.

Menționez că aceasta este singura solicitare în temeiul art. 28 din Legea
 448/2006, pentru anul _____.

Anexez următoarele documente în copie:

- Certificatul de încadrare în grad de handicap al minorului/adultului;
- Cartea de identitate/ buletin de identitate;
- Cartea de identitatea a autoturismului/ certificatul de înmatriculare;

Data,

Semnatura,

DECLARATIE

Subsemnatul/a.....
CNP....., legitimat/ă cu CI/BI, seria nr.
cu domiciliul în loc., str.,
nr., bloc, sc., etaj, ap., județul, în calitate de
reprezentant legal al adultului..... încadrat în
gradul de handicap, conform certificatului nr. _____ din
_____.

Declar pe propria răspundere, sub sancțiunea art. 322, 326 și 327 Cod penal,
că sunt însoțitorul acestuia, în înțelesul Legii nr. 448/2006 privind protecția și
promovarea drepturilor persoanelor cu handicap.

Data

Semnătura:

ART. 322, Cod penal

Falsul în înscrisuri sub semnătură privată

(1) Falsificarea unui înscris sub semnătură privată prin vreunul dintre modurile prevăzute în art. 320 sau art. 321, dacă făptuitorul folosește înscrisul falsificat ori îl încredințează altei persoane spre folosire, în vederea producerii unei consecințe juridice, se pedepsește cu închisoare de la 6 luni la 3 ani sau cu amendă.

(2) Tentativa se pedepsește.

ART. 326, Cod penal

Falsul în declarații

Declararea necorespunzătoare a adevărului, făcută unei persoane dintre cele prevăzute în art. 175 sau unei unități în care aceasta își desfășoară activitatea în vederea producerii unei consecințe juridice, pentru sine sau pentru altul, atunci când, potrivit legii ori împrejurărilor, declarația făcută servește la producerea acelei consecințe, se pedepsește cu închisoare de la 3 luni la 2 ani sau cu amendă.

ART. 327, Cod penal

Falsul privind identitatea

(1) Prezentarea sub o identitate falsă ori atribuirea unei asemenea identități altei persoane, făcută unei persoane dintre cele prevăzute în art. 175 sau transmisă unei unități în care aceasta își desfășoară activitatea prin folosirea frauduloasă a unui act ce servește la identificare, legitimare ori la dovedirea stării civile sau a unui astfel de act falsificat, pentru a induce sau a menține în eroare un funcționar public, în vederea producerii unei consecințe juridice, pentru sine ori pentru altul, se pedepsește cu închisoarea de la 6 luni la 3 ani.

(2) Când prezentarea s-a făcut prin întrebuintarea identității reale a unei persoane, pedeapsa este închisoarea de la unu la 5 ani.

(3) Încredințarea unui act ce servește la identificare, legitimare ori la dovedirea stării civile spre a fi folosit fără drept se pedepsește cu închisoare de la 3 luni la 2 ani sau cu amendă



***ACTE NECESARE PENTRU LEGITIMATII TRANSPORT URBAN DE
SUPRAFATA PERSOANA CU HANDICAP GRAV SAU ACCENTUAT***

- COPIE CERTIFICAT DE INCADRARE IN GRAD DE HANDICAP
- COPIE ACT IDENTITATE PERSOANA CU HANDICAP
- FOTOGRAFIE 2/3 cm

***ACTE NECESARE PENTRU LEGITIMATII TRANSPORT URBAN DE
SUPRAFATA – ASISTENT PERSONAL***

- COPIE CERTIFICAT DE INCADRARE IN GRAD DE HANDICAP CU
DREPT DE ASISTENT PERSONAL
- COPIE CONTRACT DE MUNCA ASISTENT PERSONAL
- COPIE ACT IDENTITATE ASISTENT PERSONAL
- FOTOGRAFIE 2/3 cm ASISTENT PERSONAL

Nr. _____ din _____

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul(a) _____ domiciliat(a) in localitatea _____
Str. _____ nr. _____ bl. _____ sc. _____ ap. _____, judetul _____ nascut(a) la data de _____
_____ in localitatea _____ numele tatalui _____ numele mamei _____
_____ posesor al B.I./C.I. seria _____ nr. _____ eliberat la data de _____ de _____
catre _____ persoana cu handicap gradul _____ conform
certificatului nr. _____ din _____ emis de _____
telefon _____ solicit acordarea facilitatilor de transport:

- bilete transport interurban C.F.R.

- bilete transport interurban AUTO

Declar pe propria raspundere ca nu voi instraina biletele de calatorie gratuite si voi restitui cuponul statistic in cazul renuntarii la calatorie.

Declar pe propria raspundere ca nu voi instraina biletele si in cazul in care imi voi pierde calitatea de persoana cu handicap/asistent personal voi restitui biletele ramase neutilizate, eu sau imputernicitii/tutorii.

Data _____

Semnatura _____

Nr. _____ din _____

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul(a) _____ domiciliat(a) in localitatea _____
Str. _____ nr. _____ bl. _____ sc. _____ ap. _____, judetul _____ nascut(a) la data de _____
_____ in localitatea _____ numele tatalui _____ numele mamei _____
_____ posesor al B.I./C.I. seria _____ nr. _____ eliberat la data de _____ de _____
catre _____ persoana cu handicap gradul _____ conform
certificatului nr. _____ din _____ emis de _____
telefon _____ solicit acordarea facilitatilor de transport:

- bilete transport interurban C.F.R.

- bilete transport interurban AUTO

Declar pe propria raspundere ca nu voi instraina biletele de calatorie gratuite si voi restitui cuponul statistic in cazul renuntarii la calatorie.

Declar pe propria raspundere ca nu voi instraina biletele si in cazul in care imi voi pierde calitatea de persoana cu handicap/asistent personal voi restitui biletele ramase neutilizate, eu sau imputernicitii/tutorii.

Data _____

Semnatura _____

CERERE
de virare in cont personal a drepturilor banesti cuvenite
conform Legii 448/2006, republicata

CATRE,
Directia Generala de Asistenta Sociala si Protectia Copilului Bacau

Subsemnatul(a) _____ domiciliat in sat _____,
comuna _____, orasul _____,
str. _____, nr _____, bl. _____, Sc. _____, et. _____, ap. _____,
telefon _____, judetul **BACAU**, nascut(a) la data de _____, prenumele tatalui
_____, prenumele mamei _____, posesor al CI/BI/CIP seria _____ nr. _____
eliberat la data de _____ de catre _____ in calitate de persoana
cu handicap / reprezentant pentru persoana cu handicap (se completeaza numele persoanei cu handicap in
situatia in care dosarul se depune de un reprezentant) _____, conform
certificatului de incadrare in grad de handicap nr. _____ din data _____,

solicit ca **plata drepturilor prevazute prin Legea nr. 448/2006 privind protectia si
promovarea drepturilor persoanelor cu handicap (republicata) sa se faca in contul curent (cod
IBAN): _____** deschis pe numele meu, la banca

In cazul in care se vor inregistra sume achitate necuvenit cu titlul de prestatii sociale de catre
D.G.A.S.P.C. Bacau in contul curent mentionat anterior sunt de acord ca acestea sa fie restituite
platitorului (D.G.A.S.P.C. Bacau), la solicitarea scrisa a acestuia formulata catre unitatea bancara.

Am citit si am inteles cele de mai sus:

Data : _____

Semnatura: _____

DECLARAȚIE - ANGAJAMENT

Subsemnatul (a) _____, domiciliat
 în localitatea _____ str. _____ nr. _____, bl. _____, sc. _____,
 ap. _____ județul _____, CNP _____, posesor al BI/CI/CIP
 /Pasaport seria _____ nr. _____, eliberat de către _____ la data
 de _____,

cunoscând prevederile art. 323, 326 și 327 din Codul Penal referitor la falsul și uzul
 de fals în înscrisuri și declarații, îmi iau angajamentul ca, în curs de 48 de ore de la
 producere, să anunț în scris Direcția de Asistență Socială și Protecția Copilului Bacău în
 cazul în care intervin modificări în situația^{*)} numitului / numitei _____

persoana cu handicap conform Certificatului de încadrare în grad de handicap nr. _____
 din data _____, eliberat de:

- Comisia de Evaluare a Persoanelor cu Handicap adulte
- Comisia de Protecția Copilului Bacău

domiciliat în localitatea _____ str. _____ nr. _____,
 bl. _____, sc. _____, ap. _____ județul Bacău, CNP _____, posesor al
 BI/CI/CIP/Pasaport seria _____ nr. _____, eliberat de către _____,
 la data de _____,

Dau prezenta declarație spre a-mi servi la D.G.A.S.P.C. Bacău, în vederea acordării
 prestațiilor sociale numitului _____, conform Legii nr. 448 / 2006 și a
 O.U. nr. 14/2007 în cont personal.

**În cazul în care nu îmi voi respecta declarația asumată prin prezenta cerere, mă oblig
 să restitui integral sumele încasate nelegal, suportând rigorile legii.**

**Am completat și am citit cu atenție conținutul declarației de mai sus, după care am
 semnat.**

Data azi _____

Declarant,

În fața mea _____

Acordul persoanei cu handicap

^{*)} - în cazul dispariției de la domiciliu
 - în cazul decesului
 - în cazul schimbării de domiciliu
 - în cazul schimbării contului bancar