

## ACTE NECESARE DEPUNERE DOSAR

- Anchetă socială – conform ANEXA 6 – Hot. 430/2008 (de la primăria localității de domiciliu) în ORIGINAL;
- Scrisoare medicală – tipizat de la medicul de familie (în original) – ANEXA 5 Hot. 430/2008 – pentru prima evaluare, precum și în cazul persoanelor nedepasabile care solicită evaluarea la domiciliu;
- Referat medic specialist (în ORIGINAL) + bilet de ieșire din spital (dacă este cazul);
- Act de identitate în copie și prezentarea ORIGINALULUI ;
- Decizie de pensionare (urmaș, limită de vârstă)/ cupon pensie / adeverință de salariat / adeverință de venit ANAF;
- Decizie medicală asupra capacității de muncă (copie), în cazul persoanelor cu pensie de invaliditate;
- Certificatul de încadrare în grad de handicap (copie), în cazul persoanelor care solicită reevaluarea în vederea încadrării în grad de handicap;
- Dosar cu șină;

---

### DATE DE CONTACT SECRETARIAT

TEL. 0372.037.359

[dgaspc.bacau.secretariatseca@gmail.com](mailto:dgaspc.bacau.secretariatseca@gmail.com)

**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 si vocationala 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 medicala-tip/medic de familie.....
- Copii bilete externare.....
- Ancheta sociala.....
- Copie adeverinta salariat/copie decizie pensie invaliditate/copie cupon pensie/adeverinta niciun venit in cazul persoanelor fara venituri

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

**DIRECȚIA GENERALĂ DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ  
ȘI PROTECȚIA COPILULUI BACĂU**

**ACORD PRIVIND PRELUCRAREA  
DATELOR CU CARACTER PERSONAL**

**Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Bacău**, persoană juridică română cu sediul în municipiul Bacău, str. Condorilor, nr. 2, județul Bacău, cod fiscal 8550000, în calitate de *furnizor de prestații sociale*, având în vedere prevederile Regulamentului (CE) nr. 679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE, aduce la cunoștința *beneficiarului* următoarele:

1. Informațiile oferite de dumneavoastră ce conțin date de identificare vor fi folosite în scopul întocmirii documentelor de furnizare a prestațiilor sociale.
2. Utilizarea datelor se va face numai pe durata desfășurării activității în baza certificatului de încadrare în grad de handicap valabil, iar stocarea lor va fi menținută conform procedurilor arhivării de la nivelul D.G.A.S.P.C. Bacău.

DIRECTOR GENERAL,  
CRISTIAN CÔDREANU



RESPONSABIL BAZE DE DATE  
PERSOANE ADULTE CU HANDICAP,  
INSPECTOR DE SPECIALITATE  
PETRONELA-MIHAELEA CHICOȘ

Îmi exprim în mod expres consimțământul pentru ca D.G.A.S.P.C. Bacău să folosească datele de identificare cu caracter personal puse la dispoziție numai pentru întocmirea documentelor de furnizare a prestațiilor sociale.

Nume și prenume

Data

Semnătura

Nr. .... / .....

### SCRISOARE MEDICALĂ

**Numele** ..... **prenumele** .....,

**CNP** ....., **vârsta** .....

**1. Anamneză**

- antecedente personale patologice

.....  
.....  
.....

**2. Diagnosticul medical**

- principal .....

.....

- altele .....

.....

.....

.....

**3. Certificatele medicale actuale (se specifică numărul, data, instituția emitentă și numele medicului care a eliberat certificatul)**

.....

.....

.....

.....

**4. Internări în spital (data, instituția emitentă și diagnosticul la ieșirea din spital)**

.....

.....

.....

5. Persoana - este deplasabilă;  
- nu este deplasabilă.

Data completării .....

Semnătura și parafa medicului de familie

.....

## REFERAT MEDICAL

Catre

Comisia de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap

Subsemnatul Dr.....medic primar/specialist cu  
cod parafă.....propun expertiza  
persoanei.....CNP..... cu  
domiciliul.în.....str.....nr.....  
judet/sector.....de profesie..... angajat  
la.....

Data ivirii handicapului.....

Este în evidență de la data de.....

Diagnosticul clinic la data luării în evidență.....

Diagnosticul clinic actual.....

.....

.....

.....

.....

.....

Examen obiectiv.....

.....

.....

.....

.....

A fost internat/ă în spital\*\*)......

.....

Investigații clinice, paraclinice\*\*)......

.....

Tratamente urmate:.....

.....

Plan de recuperare.....

.....

Prognostic recuperator.....

Se află în incapacitate temporară de muncă de la data de.....

MEDIC PRIMAR/SPECIALIST  
(parafa+ștampila unității sanitare)

Nr.....Data.....

**\*\* SE VOR ANEXA REZULTATELE, BILETELE DE IEȘIRE DIN SPITAL**