Anexa Nr. 2

    la procedură

CERERE

pentru acordarea voucherului

    Către

    Direcţia Generală de Asistenţă Socială şi Protecţia Copilului ...................

    Domnule director general,

    Subsemnatul(a) ................................................................., legitimat(ă) prin CI/CN seria ...... nr. ............, domiciliat(ă) în localitatea/sectorul ..................., judeţul ..................., str. ................... nr. ......, bl. ......, sc. ......, ap. ......, posesor/posesoare al/a certificatului de încadrare în grad de handicap nr. ........... din data ..........................., termen de valabilitate ....................., eliberat de către ..........................................................

    După caz:

    Reprezentat de către:

    Numele şi prenumele ........................................................., în calitate de ................................, legitimat(ă) prin CI/BI seria ...... nr. .................., domiciliat(ă) în localitatea/sectorul ..................., judeţul ..................., str. ................... nr. ......, bl. ......, sc. ...., ap. ....... .

    Solicit emiterea voucherului pentru achiziţionarea de tehnologii şi dispozitive asistive şi tehnologii de acces, conform recomandării medicale pentru acordarea de tehnologii şi dispozitive asistive şi tehnologii de acces.

    La prezenta cerere anexez:

    - copie BI/CI;

    - copie certificat de încadrare în grad de handicap;

    - recomandarea medicului specialist.

    Declar pe propria răspundere că informaţiile prezentate sunt reale. În caz contrar mă supun potrivit legii pentru inexactitatea informaţiilor prezentate.

    Îmi exprim acordul privind prelucrarea datelor cu caracter personal.

    Data, .........................

    Semnătură solicitant1)/

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

    1) După caz, persoana care reprezintă persoana cu handicap.

    Anexa Nr. 3

    la procedură

RECOMANDARE

privind acordarea de tehnologii şi dispozitive asistive şi tehnologii de acces

- model -

|  |  |
| --- | --- |
|     Nr. ......./...........\*) |     |\_| CMI |
|     Unitatea medicală ........................... |     |\_| Ambulatoriu |
|     Adresa ........................................... |     |\_| Spital |
|  |
|     \*) Se va completa cu numărul din registrul de consultaţii/foaia de observaţie. |

    Nume, prenume medic .....................................

    Cod parafă medic ............................................

    Specialitatea medicului .....................................

    Date contact medic:

    - telefon/fax .....................................................

    - e-mail medic .................................................

    1. Numele şi prenumele persoanei cu dizabilităţi ................................................

    2. Data naşterii ................................................

    3. Domiciliul ....................................................

    4. Codul numeric personal al persoanei cu dizabilităţi ........................................

    5. Cod diagnostic (inclusiv al bolilor asociate) ...................................................

    6. Denumirea şi tipul de tehnologii/dispozitive asistive/tehnologii de acces (din anexa nr. 1 la procedură): ...................

    Data emiterii recomandării ...........................

    Semnătura (olografă sau electronică, după caz) şi parafa medicului ................................

    NOTĂ:

    Recomandarea are o valabilitate de 12 luni.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Procesat de LM