



Fundația " Sfinții Împărați Constantin și Elena Lumina și Speranța Creștinilor "



CENTRU REZIDENȚIAL PENTRU PERSOANE VÂRSTNICE PAȘCANI-JUD. IAȘI

STR. MOLDOVEI NR. 130-136

CIF : 17883860

TEL-FAX : 0332 566 853

CONTACT : 0745.575.395 – E-mail: fundatiasfintiiimparati@yahoo.com

DOMNULE DIRECTOR

A. Date personale

Subsemnatul/a _____ cu domiciliul în
_____ str. _____,
nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, județ/sector _____,
posesor al actului de identitate B.I./C.I., seria _____, nr. _____, eliberat de
_____, la data de _____,
C.N.P. _____.

B. Declarație

Cunoscând prevederile art. 292 din Codul Penal privitoare la declarațiile nesincere, menționez faptul ca realizez următoarele venituri: (*încercuiți răspunsul corect*)

- | | |
|--|--------------|
| ➤ Pensie de invaliditate DA/NU cu indemnizație de însoțitor | DA/NU |
| ➤ Pensii | DA/NU |
| ➤ Alte venituri (în afara pensiilor) | DA/NU |
| ➤ Indemnizație lunară pentru persoana cu handicap | DA/NU |
| ➤ Fără venituri | DA/NU |

C. Solicitare

Subsemnatul/a solicit admiterea mea în *Centrul Rezidențial pentru Persoane Vârstnice* din cadrul *Fundației Sfinții Împărați Constantin și Elena – Lumina și Speranța Creștinilor Pașcani*.

Motivez cererea mea cu următoarele:

- nu pot să mă gospodăresc singur/ă;
 - sunt lipsit/ă de susținători legali sau aceștia nu pot să îmi îndeplinească obligațiile datorită stării de sănătate sau a situației economice și a sarcinilor familiale;
 - nu am cu cine socializa.
-
-
-
-
-

D. Documente anexate

- B.I. sau C.I. în copie;
- Documente medicale:
 - ❖ Examen coproparazitologic;
 - ❖ Examen coprobacteriologic;
 - ❖ Test HIV/SIDA;
 - ❖ VDRL sau RPR;
 - ❖ Radiografie pulmonară;
 - ❖ Examen hematologic;
 - ❖ Examen biochimic;
 - ❖ Electroforeza – proteina;
 - ❖ Probe hepatice A,B,C;
 - ❖ Urocultură;
 - ❖ Exudat faringian;
 - ❖ Adeverință medicală care să ateste antecedentele personale patologice și tratamentele urmărite;
 - ❖ Adeverință medicală care să dovedească dacă suferă de boli infecto-contagioase și dermato-venerice;
 - ❖ Examen psihiatric însoțit de avizul medicului specialist că poate locui în colectivitate;
 - ❖ Scrisoare medicală eliberată de medicul de familie cu precizarea – apt pentru a locui în Cămin;
- Testare COVID - 19;
- Ultimul talon de pensie sau decizie de pensionare în copie (dacă este cazul);
- Certificat de handicap în copie (dacă este cazul);
- Anchetă socială;
- Acte doveditoare din care să rezulte calitatea de aparținător (copie C. I. certificat de naștere, certificat de căsătorie);
- Declarație din partea aparținătorilor că sunt de acord cu accererea persoanei varstnice în Centrul Rezidențial pentru persoane vârstnice pentru a beneficia de serviciile sociale oferite de Centru.

E. Persoana de contact

Nume și prenume _____, în calitate de _____, posesor al actului de identitate B.I./C.I. seria _____, nr. _____, eliberat de _____ la data de _____, CNP _____, adresa _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, ap. _____, etaj. _____, jud./ sector _____, telefon _____.

DATA

SEMNATURA

Conform prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 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 (Regulamentul general privind protecția datelor), informațiile referitoare la datele cu caracter personal cuprinse în acest document sunt confidențiale.