



CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI TIMIȘOARA
DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ A MUNICIPIULUI TIMIȘOARA
Complexul de Servicii pentru Persoane Adulte cu Dizabilități
Bulevardul Regele Carol I, nr.10 Tel/fax. 0256/220583
e-mail: cc.handicap@gmail.com
„În slujba oamenilor”



Către,

CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI TIMIȘOARA
DIRECȚIA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ A MUNICIPIULUI TIMIȘOARA
Complexul de Servicii pentru Persoane Adulte cu Dizabilități

Subsemnatul (a) _____ posesor (ă)
a B.I./C.I. seria _____ nr. _____ C.N.P. _____ eliberat
de _____ cu domiciliul în Timișoara, str. _____ nr. _____
bl _____ sc _____ ap. _____ tel. _____ în calitate:

- persoană bolnavă
- membru din cadrul familiei
- reprezentant legal
- reprezentant al O.N.G _____
- altă persoane

solicit efectuarea unei anchete sociale în vederea completării dosarului pentru, **încadrarea în grad de handicap.**

Pentru:*

D-nl/a _____ domiciliul/reședința
în municipiul Timișoara str. _____
nr _____ bl _____ sc _____ ap _____ tel _____ posesor (ă) a B.I./C.I. seria
_____ nr. _____ C.N.P _____ eliberat de _____.

Anexez la prezenta cerere următoarele acte doveditoare (xerox):

- BI./C.I. persoană bolnavă;
- BI./C.I. solicitant;
- Referat medical de la medicul specialist, în care se face trimitere către Comisia de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap;
- Scrisoare medicală – eliberată de medicul de familie
- Copie cupon de pensie și decizia de pensionare/cupon de pensie și decizia medicală asupra capacității de muncă

Data _____

Semnatura _____

*Sediul administrativ: Str. Ioan Plavosin Nr. 21 Tel: 0356/416050 Fax: 0356/416049
Sediul social: Bulevardul Regele Carol I, nr.10 Tel/fax 0256/220583
e-mail: dastimisoara@gmail.com