

ADMIS / Data: ____/____/____

RESPINS / Data: ____/____/____

CERERE DE ADMITERE

Nr. Inregistrare _____ din ____/____/____

Subsemnata/ul _____ cu domiciliul _____ în _____ localitatea _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, ap. _____, jud. _____ posesor a B.I./C.I. seria _____ nr. _____ eliberat de _____, la data _____ vă rog să-mi aprobați internarea la „Caminul pentru persoane varstnice Amalia și Șef Rabin Dr. Moses Rosen”, pentru următoarele motive: _____

Din punct de vedere al veniturilor, menționez că beneficiaz de (pensie, ajutor social, indemnizație de handicap) în valoare totală de _____ lei.

În situația satisfacerii prezentei cereri mă oblig să mă încadrez și să respect *Regulamentul de Ordine Interioară al Centrului*, regulament de care voi lua la cunoștință înainte de semnarea Contractului de furnizare servicii sociale.

Am luat la cunoștință de *Lista cu documente necesare admitere* (Anexa 1 la Cerere)

Data: ____/____/____

Semnătura, _____

Persoana Contact / Reprezentant legal/ Apartinator

Numele și prenumele: _____

Adresa: localitatea _____, str. _____,

nr. _____, bl. _____, ap. _____, jud. _____

Telefon: _____

Email: _____

Anexa 1

Lista cu documentele necesare pentru admitere în Centru

- Cerere admitere semnată de solicitant - original
- Act de identitate solicitant – copie / în original la internare
- Certificat de naștere al solicitantului - copie
- Certificat de căsătorie (dacă este cazul) - copie
- Sentință de divorț (dacă este cazul) - copie
- Act de identitate soț/soție (dacă este cazul) - copie
- Acte de identitate fiu / fiică (dacă este cazul) - copie
- Talon de pensie solicitant – preferabil din luna anterioară internării - original
- Declarație notarială de asumare a plății și de efectuare a formalităților în caz de deces când/dacă va fi cazul – original
- Documente medicale ale solicitantului – copie / în original la internare
- Certificat de încadrare în handicap (dacă exista) - original
- Adeverința de vaccinare SARS-COV-2 (dacă este cazul)
- Card de sănătate – copie / în original la internare
- Nume Medic de familie
- Declarația aparținătorului în formă olografă (soț/soție, soră/frate, fiu/fiică, după caz) din care să reiasă că este de acord cu internarea solicitantului în centru - original