

NR. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Către,

**DIRECȚIA DE DEZVOLTARE ȘI ASISTENȚĂ COMUNITARĂ**  
**Serviciul Prestații Sociale**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_  
domiciliat(ă) în localitatea \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_  
nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, et. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, județul \_\_\_\_\_  
posesor al B.I./C.I. seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_ eliberat de poliția  
\_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_, solicit să fiu luat în evidența Direcției  
de Dezvoltare și Asistență Comunitară, Serviciul Prestații Sociale, că acord îngrijire,  
supraveghere și ajutor permanent pentru \_\_\_\_\_,  
persoană cu handicap GRAV CU ASISTENT PERSONAL conform certificatului medical nr.  
\_\_\_\_\_ din data de \_\_\_\_\_, eliberat de Comisia de evaluare complexă a  
persoanelor cu handicap adulți/copii.

Termenul certificatului medical: \_\_\_\_\_.

Arad, la: \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_

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

AVIZ NR. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Certificăm că începând cu data de \_\_\_\_\_ domnul (d-na)  
\_\_\_\_\_ posesor al B.I./C.I. seria \_\_\_\_\_ nr.  
\_\_\_\_\_ cu domiciliul în \_\_\_\_\_ beneficiază de  
drepturile și facilitățile Legii nr. 519/2002 și avizăm favorabil angajarea ca asistent personal  
pentru numitul(a) \_\_\_\_\_, persoană cu handicap,  
posesor al B.I./C.I. seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_. eliberat de Poliția \_\_\_\_\_,  
cu condiția respectării prevederilor HG 427/2001 modificata prin HG 463/2004.

**DIRECTOR,**

**REFERENT,**