

Nr. \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Către,  
Conducerea Asociației Smiles  
Cămin pentru persoane vârstnice

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_, domiciliat/ă în loc. \_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, posesor B.I./C.I. seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_ vă rog să luați în considerare prezenta cerere în vederea acordării de servicii sociale în cadrul Căminului pentru persoane vârstnice din cadrul asociației dumneavoastră pentru dna/dl \_\_\_\_\_ în vârstă de \_\_\_\_\_ ani, în calitate de \_\_\_\_\_ a mea/al meu.  
Diagnostic: \_\_\_\_\_

Adresa unde locuiște în prezent dna/dl pentru care se solicită cererea: localitatea \_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_.

Numărul de telefon la care pot fi contactat pentru programarea Anchetei Sociale este  
1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Prezenta cerere doresc să fie luată în evidența d-voastră pentru un loc în centrul din:

1. Oradea  2. Salonta  3. Tileagd

În caz că cererea va fi aprobată, mă oblig ca la intrarea în centru să anexez următoarele documente:

- copie B.I./C.I.;
- copie certificat de naștere;
- copie certificat căsătorie/ divorț/ deces soț/ soție (după caz);
- copie cupon de pensie (pe ultima lună);
- adeverința medicală de la medicul de familie din care reiese starea medicală a solicitantului și schema de tratament;
- copie Bilet de Externare;
- certificate de handicap (după caz);
- copie B.I./C.I. aparținător.

În caz că cererea mea va fi aprobată, vă mulțumesc anticipat!

În vederea îmbunătățirii modului de informare privind serviciile sociale oferite în Centrele rezidențiale, Asociația Smiles realizează un sondaj de opinii.

Vă rugăm să bifați una sau mai multe dintre următoarele variante (după caz):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Web-site                            | <input type="checkbox"/> Cunoscuți                     |
| <input type="checkbox"/> Facebook                            | <input type="checkbox"/> Angajați ai centrului         |
| <input type="checkbox"/> Servicii sociale publice (Primărie) | <input type="checkbox"/> Alte centre                   |
| <input type="checkbox"/> Spital                              | <input type="checkbox"/> Altele (vă rugăm specificați) |
| <input type="checkbox"/> Familiile beneficiarilor            |  |
| <input type="checkbox"/> Beneficiarii ai centrului nostru    |  |

Data \_\_\_\_\_

Semnatura \_\_\_\_\_